

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939

THÈSE

N° 503

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Robert, Louis OLLIER

Né le 7 Septembre 1912, à BESANÇON (Doubs)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

**Les grands kystes
non parasitaires de la rate**

(Aspects anatomo-cliniques)

Président : M. GRÉGOIRE. professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939

THÈSE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Robert, Louis OLLIER

Né le 7 Septembre 1912, à BESANÇON (Doubs)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Les grands kystes
non parasitaires de la rate
(Aspects anatomo-cliniques)

Président : M. GRÉGOIRE. professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1939

I. — Professeurs

Anatomie	MM
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	Leon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	POLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRE.
Pathologie médicale et générale	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ADRAMI.
Anatomie pathologique	MONDOR.
Histologie	LEROUX.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
	LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	LAIGNEL.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER.
Clinique médicale	CHIRAY.
	LOEPER.
	CARNOT.
	Marcel LABBE
	CLERC.
	FEREBOLLET
Hygiène et clinique de la première enfance	NOBECOURT.
Clinique des maladies des enfants	H. CLAUDE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GOUGEROT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GUILLAIN.
Clinique des maladies du système nerveux	LEMIERRE.
Clinique des maladies infectieuses	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
	FERRIEN.
Clinique ophtalmologique	CHEVASSU.
Clinique urologique	LEVY-SOLAL.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	TROISIER
Clinique de neuro-chirurgie	MATHIEU.
Clinique cardiologie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	LAUBRY.
	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.
Professeurs sans chaire	



II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	DE GAUDART
BARIETY	Pathologie médicale.	D'ALLAINES ..
FENARD Henri	Pathologie médicale.	GAYET
BERNARD El.	Pathologie médicale.	DE GENNES ...
BESANÇON (J.) ..	Hydrologie.	GIROUD
BOULIN	Pathologie médicale.	HAGUENAU
BULLIARD	Histologie.	HALPHEN
CATHALA	Pathologie médicale.	HUGUENIN
COSTE	Pathologie médicale.	JOANNON
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	LACOMME
DOGNON	Physique	LANTUEJOL ..
FUNCK-		LAROCHE Guy.
PRENTANO.....	Pathologie chirurgicale.	LAVIER
FEY	Urologie.	LELCNG
GAILLARD	Parasitologie.	
GASTINEL	Bactériologie.	

MM.

LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LEVY (M^{re} J.) .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-

DUTAILLIS Pathologie chirurgicale

MM

PIEDELIEVRE.. Médecine légale
 PORTES Obstétrique.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SENEQUE ... Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT Physiologie
 HEITZ-BOYER.. Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
 NEVEU-
 LEMAIRE.. Parasitologie.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 SCHWARTZ ... Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL ... Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM

ALAJOUANINE.. }
 AUBERTIN }
 BRULE }
 CHAILLEY..... }
 DONZELOT } Clinique médicale
 DUVOIR }
 LIAN }
 PASTEUR-VAL-
 LERY-RADOT.. }
 SEZARY }

MM

BASSET }
 BROcq }
 CADENAT }
 GATELLIER ... } Clinique chirurgicale
 MOURE }
 QUENU }
 VELTER }

ECALLE }
 METZGER } Clinique obstétricale

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARO Radiologie clinique
 RUPPE Stomatologie.
 WEILL-HALLÉ Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A LA MEMOIRE DE MA SŒUR

A MA MERE

A MES PARENTS

A TOUS LES MIENS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur RAYMOND GREGOIRE

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine
Membre de l'Académie de Médecine

*Qui m'a inspiré ce travail; qui m'a
montré par l'exemple ce que devait être
un chirurgien. En témoignage d'admira-
tion, de respectueux attachement et de
profonde gratitude pour l'affectueuse sol-
licitude qu'il n'a cessé de me prouver.*

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur Agrégé A. BASSET

Chirurgien de l'Hôpital Broussais

*En témoignage de reconnaissance pour
l'enseignement qu'il m'a donné.*

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur G. PICOT

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

*En témoignage de vive reconnaissance
pour la bonté dont il entoura une fruc-
tueuse année d'internat.*

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur J. LEMELAND

Accoucheur de l'Hôpital Saint-Louis.

*Ses affectueux conseils m'ont permis
de tirer profit de mon séjour dans son
service.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

- 1930-31. Monsieur le Professeur P. CARNOT.
Monsieur le Professeur B. CUNEO.
1931-32. Monsieur le Docteur HALBRON.

Externat

- 1932-33. Monsieur le Docteur G. LABEY.
1933-34. Monsieur le Docteur L. RIVET.

Internat

- 1935-36. Monsieur le Docteur J. LEMELAND.
1936-37. Monsieur le Professeur Agrégé A. BASSET.
1937-38. Monsieur le Docteur G. PICOT.
1938-39. Monsieur le Professeur R. GREGOIRE.

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur A. HOVELACQUE

Chef des Travaux Pratiques d'Anatomie à la Faculté

*En témoignage de vive gratitude pour
l'accueil qu'il m'a toujours réservé dans
son laboratoire et pour les conseils dont
il m'a affectueusement guidé.*

A MES MAITRES

Monsieur le Professeur Agrégé A. AMELINE.

Monsieur le Docteur L. AUROUSSEAU.

Monsieur le Docteur Roger COUVELAIRE.

Qui m'ont instruit avec amitié.

A Monsieur le Docteur André DUFOUR.

*Dont les encouragements m'ont été
précieux.*

A Messieurs les Docteurs M. ZIELINSKI
et A. ERTZBISCHOFF.

*Qui m'ont guidé dans la carrière médi-
cale.*

A Mademoiselle le Docteur A. DESMONTS.

En témoignage d'amitié respectueuse.

A Messieurs les Docteurs P. POILLEUX, P. DELINOTTE,
P. RODIER, J. VUILLIEME.

A mes Maîtres de Conférences.

En remerciement.

A MES AMIS

A Monsieur Pierre MARIANI D'ALBERTINI.

A MES COMPAGNONS D'ETUDES ET D'INTERNAT

A MES CAMARADES D'INTERNAT

INTRODUCTION

Les kystes non parasitaires de la rate ont été l'objet de travaux et de publications multiples. Mais ce qui est extrêmement frappant à leur lecture c'est de se rendre compte de la diversité des tumeurs décrites sous ce nom.

Bien souvent en effet, il a suffi de découvrir dans la rate une tumeur liquidienne pour la qualifier de kyste. Or qui emploie le mot de kyste se soumet à une définition anatomique précise : on ne peut donner ce nom qu'à une collection liquide limitée par une coque continue dont la paroi est tapissée d'un revêtement cellulaire.

Ces kystes spléniques sont, il est vrai, relativement rares ; c'est sans doute encore une des difficultés de leur étude. La dispersion de cas isolés entre les mains d'auteurs divers, la hâte de vouloir conclure, et ceci souvent sur des observations qui manquaient de quelques éléments indispensables (histologique en particulier), la difficulté de comparer alors toute autre observation à des documents aussi incomplets, multipliaient encore les écueils devant toute tentative d'étude d'ensemble.

La distinction élémentaire entre VRAIS KYSTES et FAUX ou PSEUDO-KYSTES établie, on peut trouver dans la rate divers types de kystes.

Éliminant les petits kystes multiples, le plus souvent sous-capsulaires, et les dégénérescences poly-kystiques du parenchyme splénique, nous n'aurons en vue ici que les kystes à grande cavité unique, que celle-ci soit multiloculaire ou uniloculaire, ce qui est le plus fréquent.

Abandonnant, de toutes les classifications successivement proposées et employées, toutes celles qui se basaient sur l'aspect du contenu kystique ou sur une hypothèse pathogéni-

que, il nous a semblé plus objectif d'utiliser une classification qui s'appuyât uniquement sur l'étude histologique de la paroi kystique et essentiellement sur le type de son revêtement interne. Cette distinction présente des difficultés : elles tiennent avant tout à la fragilité, à la disparition fréquente du revêtement cellulaire ; mais nous verrons que certaines précautions indispensables, prises au moment du prélèvement des fragments à examiner, peuvent parer dans une grande mesure à cet écueil.

Au cours de notre année d'Internat, chez notre Maître M. le Professeur GRÉGOIRE, nous avons eu l'occasion d'observer un cas clinique, nous avons eu le bonheur de retrouver dans les dossiers de la Clinique Chirurgicale de l'Hôpital Saint-Antoine, une observation inédite vieille d'un an. C'est sur cette base que nous avons entrepris ce travail, il est venu s'y ajouter une autre observation inédite que nous devons à l'obligeance de M. le Docteur POILLEUX.

Parmi toutes les observations retrouvées dans la littérature que nous avons pu contrôler, dont le total atteint près de 150, nombreuses sont celles que nous avons dû abandonner parce qu'elles manquaient de détails suffisamment précis, ou d'éléments indiscutables à leur maintien dans le cadre que nous nous étions fixé ; et en définitive nous n'avons conservé que 49 observations, dont 46 seulement ont été étudiées cliniquement et dont 32 possèdent un revêtement cellulaire.

Sur l'étude de ces 49 cas, après un aperçu historique et l'établissement d'une classification, nous avons essayé de dégager l'allure anatomo-clinique des grands kystes non parasitaires de la rate. Par la suite, après avoir envisagé les différents modes de traitement qui avaient été proposés, et montré la supériorité incontestée de la splénectomie, nous avons tenté de résumer les si diverses opinions pathogéniques émises sur cette affection, les faits qui semblent plaidier en faveur de l'une ou de l'autre, mais sur lesquels il est encore impossible de conclure à coup sûr dans l'état actuel de la question.

HISTORIQUE

L'étude historique des kystes de la rate est longue, bien qu'elle ne remonte encore qu'à un siècle.

Il faut cependant arriver aux années 1926-1930, soit cent ans exactement après que ANDRAL eût prononcé pour la première fois le nom de kyste de la rate, pour voir décrire avec une précision minutieuse le revêtement cellulaire de la cavité d'un grand kyste splénique. Et l'on trouve alors successivement étudiés un kyste endothélial par HOWALD en 1926, un kyste épithélial, épidermoïde par SCHNEIDER et DINAND en 1929-1930.

Mais si ce sont là trois dates qui dominent cette étude, nous devons envisager dans leur détail chronologique les différentes publications qui ont permis d'arriver à la conception actuelle des faits.

C'est ANDRAL en 1829, dans son *Traité d'Anatomie Pathologique*, qui fait le premier mention de kystes spléniques. Il ne s'agit pas à vrai dire d'observations extrêmement précises. Mais l'auteur rapporte qu'il a observé des kystes multiples disséminés à l'intérieur de la rate. Il dit également qu'il a observé un kyste splénique dont le contenu semblable à du sébum renfermait de petites nodosités formées de poils agglomérés. Et l'on voit dès lors apparaître deux types de kystes de la rate : les kystes multiples et les kystes dermoïdes.

L'observation de grands kystes ne tardera guère et en 1838 Livois en rapporte la première observation clinique avec vérification anatomique. A la vérité, il s'agit d'un homme de 45 ans chez qui on avait simplement porté le diagnostic d'hypertrophie splénique, l'autopsie révèle l'existence d'un kyste séro-sanguin du volume d'un gros œuf d'autruche.

BEDNAR, en 1850, rapporte chez un nouveau-né de 7 jours mort de pemphigus l'existence de petits kystes spléniques, et conclut à leur origine infectieuse.

LEUDET en 1853, présente à la Société d'Anatomie un kyste séreux multi-loculaire, découverte d'autopsie chez une femme de 60 ans décédée d'une affection mitrale. Cette observation mentionne les résultats de l'examen histologique de la paroi : un revêtement endothélial tapissait sa face interne.

FÖRSTER en 1863 décrit un kyste séreux du volume d'une noisette dont les parois étaient le siège d'une infiltration cartilagineuse.

Alors que le nombre des observations augmente, elles vont cesser d'être l'apanage des protocoles d'autopsies et pénétrer dans le domaine de la clinique et de la thérapeutique.

C'est à PÉAN et à son élève ROUSSET que revient en 1863 le mérite de la première tentative thérapeutique. PÉAN rapporte dans son *Traité des tumeurs de l'abdomen* l'observation de cette fillette de sept ans qui présentait un kyste séro-sanguin de la rate. Les ponctions évacuatrices suivies d'injections de caustiques ont un résultat malheureux : la petite malade meurt en deux mois de péritonite généralisée.

La première splénectomie pour kyste de la rate est pratiquée avec succès par PÉAN en 1867. Son observation est fort intéressante : la situation ectopique de la rate avait fait poser le diagnostic de kyste de l'ovaire, la lésion n'est reconnue qu'au cours de l'intervention. La guérison se maintient douze ans plus tard.

A partir de ce moment, les kystes de la rate qui n'avaient fait l'objet que de communications isolées, commencent à être rassemblés dans quelques travaux plus importants.

Les thèses de MAGDELAIN en 1868, de PELTIER en 1871, s'attachent déjà à collecter les cas publiés. Faisant reposer leur travail sur une distinction encore uniquement basée sur le contenu kystique, ces deux ouvrages ne s'intéressent qu'aux kystes séreux.

Sur ces entrefaites, BÖTTCHER en 1870 a échafaudé une théorie pathogénique, la première en date. Dans une rate qui

présentait des signes manifestes de dégénérescence amyloïde, il découvre un kyste du volume d'une noisette environné de nombreux kystes plus petits. Et il conclut que les kystes intra-parenchymateux sont dus au ramollissement de plages de parenchyme nécrosé.

En 1874, BESNIER se rendant compte déjà de la diversité des faits rapportés sous le nom de kystes de la rate, conseille de s'attacher particulièrement à l'étude histologique de la paroi kystique. Ce qui ne l'empêche cependant pas de décrire encore tout simplement des kystes séreux et des kystes hématiques.

En 1876, SPILMANN rapporte une tumeur kystique à parois calcifiées. L'examen histologique y aurait mis en évidence un revêtement endothélial.

En 1879, PÉAN avec l'aide de QUINTARD, tente une fois encore le traitement d'un kyste splénique par des ponctions suivies d'injections de caustiques : la malade succombe à la suite d'une péritonite généralisée.

En 1879 encore, LANGHANS décrit sous le nom de tumeur kystique, un hémangiome caverneux pulsatile.

En 1881, CREDE effectue en Allemagne la première splénectomie pour kyste de la rate, cette tentative d'exérèse est, comme celle de PÉAN, couronnée de succès. L'examen chimique du contenu kystique ébauché signale la présence de nombreux cristaux de cholestérine dans un liquide clair. Un examen histologique de la paroi kystique est entrepris par BIRCH-HIRSCHFELD qui décrit : « Une cavité, dont la surface interne soulevée par de nombreuses saillies, d'aspect réticulé, est recouverte par un épithélium aplati ».

En 1885, MATTEI rapporte un kyste principal entouré de nombreux autres petits kystes, les cavités communiquent le plus souvent entre elles.

En 1886, KNOWSLEY-THORNTON est le premier en Angleterre à pratiquer une splénectomie pour kyste splénique. Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans qui guérit parfaitement. La pièce extirpée montre une grande cavité à contenu clair entourée de nombreuses autres plus petites.

Son exemple est suivi trois ans plus tard, par SPENCER-WELLS, chez une jeune femme de 21 ans. Il semble qu'il s'agisse d'un kyste hémorragique, l'auteur insiste sur le rôle étiologique probable de la grossesse ; d'autant qu'un traumatisme obstétrical a été apporté par des tentatives de version.

En 1890, FINK publie coup sur coup trois cas : dans l'un il s'agit d'un kyste multiloculaire revêtu d'endothélium, un autre intéressait un kyste uni-loculaire et FINK ne trouvant pas de revêtement cellulaire, formule pour la première fois l'hypothèse que la fragilité de celui-ci est très grande et que fort vraisemblablement il s'est détaché dans le liquide fixateur.

La même année, FINK fait opérer par GUSSENBAUER un kyste splénique chez un garçon de 14 ans. L'opérateur tente la résection de la paroi kystique avec destruction au thermocautère de la paroi restant au contact du parenchyme splénique. Le malade guérit. Mais ce qui est surtout important à noter dans cette observation c'est l'examen histologique et la théorie pathogénique que FINK va bâtir sur ses résultats. Sur la majeure partie de la surface interne de la paroi fibreuse il n'existe aucun revêtement cellulaire, mais il est des culs-de-sac au fond desquels on peut reconnaître une mince couche *épithéliale*. Au voisinage, dit FINK, « existent de nombreux vaisseaux lymphatiques dilatés ; les recessus de la grande cavité kystique ont la même structure. Les diverticules du grand kyste sont donc des espaces lymphatiques et l'on trouve ainsi une preuve histologique de la transition entre les ectasies lymphatiques simples et les grandes cavités kystiques.

Signalons qu'au cours de la même année 1890, la résection de la paroi kystique est encore pratiquée avec succès par BARDENHEUER dans un cas de kyste hémorragique.

En 1891, VERNEUIL au Congrès de Marseille, dit avoir observé trois cas de kystes séro-sanguins dans lesquels il a pratiqué avec plein succès des ponctions évacuatrices.

En 1892, TERRIER rapporte à la Société de Chirurgie de

Paris un nouveau cas de kyste traité et guéri par résection de la paroi.

L'année 1894, dans deux thèses publiées en Allemagne, apporte une nouvelle hypothèse pathogénique : les kystes seraient dus à la dilatation de petites inclusions du revêtement de l'endothélium péritonéal.

Pour RAMDOHR, de petites ruptures capsulaires, d'origine traumatique, laisseraient la pulpe splénique faire hernie, attirer et inclure le revêtement péritonéal.

Pour RENGGLI, le mécanisme est différent : l'inclusion se produit durant la période embryonnaire par suite d'une cause inflammatoire dont la nature précise est indéterminée.

GHETTI et MORESCHI qui, en 1894, ont extirpé avec succès un kyste à contenu séro-sanguin, découvrent à l'examen histologique un revêtement cellulaire à assise unique qu'ils qualifient d' « *épithélial* ».

De 1894 à 1898, les observations se multiplient, elles ne considèrent que le contenu kystique, le plus souvent d'ailleurs hématique, et s'intéressent au traitement : ponctions évacuatrices (BACELLI, SUBBOTIC) ; drainage et marsupialisation (BAGINSKI, HEURTAUX) ; splénectomie (SCHALITA, WIKLEIN).

Aussi, lorsqu'en 1898, POTEREL-MAISONNEUVE dans sa thèse tentera d'établir une classification, celle-ci ne s'appuiera, comme toutes les observations antérieures, que sur l'aspect macroscopique du contenu kystique.

En 1901, au Congrès de la Société Française de Chirurgie, LEJARS, rapportant un cas de kyste hémorragique, conclut à la fréquence de l'origine traumatique des kystes de la rate.

SCHMIDT reprend la théorie de l'inclusion péritonéale à travers des ruptures capsulaires. Mais pour lui elles sont surtout le fait des splénomégalies infectieuses (typhique ou puerpérale).

MONNIER en 1904, à l'occasion de l'observation d'un kyste à revêtement endothélial, ne retrouve que 14 cas se rapprochant du sien.

Mais, HEINRICIUS recueille 27 observations cliniques ; il se montre d'avis qu'il s'agit le plus souvent de kystes par dilatation lymphatique.

Au Congrès de Chirurgie de Paris, en 1904, BRUNSWICK-LE BIHAN insiste à nouveau sur le rôle étiologique du traumatisme. Il montre qu'il s'agit dans ce cas, le plus souvent, de kystes hémorragiques et leur donne le nom de kystes « *métaclasiques* ».

Le travail de BIRCHER en 1908, marque une étape importante dans l'étude qui nous intéresse. Il groupe 33 observations cliniques, examine les différentes hypothèses pathogéniques proposées, étudie l'allure anatomo-clinique, les indications thérapeutiques. Il constate combien les connaissances recueillies jusqu'alors sont imparfaites ; accuse la rareté de l'affection qui est telle que les communications ne portent le plus souvent que sur un seul cas « dont les bases sont souvent trop insignifiantes ». Et il dégage, en les signalant sans en faire une étude isolée, l'existence indiscutable de faux kystes hémorragiques, de petits kystes multiples, de rates polykystiques et de kystes solitaires.

En 1910-1911, COENEN étudie, à l'occasion d'un cas personnel, la dégénérescence polykystique de la rate.

En 1912, CALLOUST dans sa thèse n'a plus en vue que les kystes métatraumatiques et insiste sur ce fait qu'il s'agit d'hématomes intra-spléniques. Mais cette distinction n'est pas poussée strictement ; rapidement entraîné par les anciennes distinctions basées sur l'aspect macroscopique du liquide, il fait de l'hémorragie le critère de l'origine traumatique, de l'enkystement de l'hématome, l'élément principal. Il arrive ainsi à réserver aux kystes hématiques le nom de vrais kystes. Et, dans les 41 observations qu'il a réunies, on pourra retrouver des kystes vrais dans lesquels une hémorragie secondaire s'est produite : entre autres, les kystes à revêtement cellulaire de CREDE et de GHETTI.

C'est seulement l'importante succession des travaux de FOWLER, qui pourra servir de point de départ à l'étude des formations kystiques de la rate. Si en effet FOWLER a établi

en 1913 une classification basée sur leur pathogénie présumée, on le voit en 1921 revenir sur son ancienne opinion : il reconnaît l'importance de la paroi propre du kyste et le bien-fondé de la séparation en deux groupes : les VRAIS KYSTES qui possèdent cette paroi propre et, en se développant, refoulent le tissu splénique, les FAUX KYSTES qui ne possèdent pas cette paroi et s'accroissent en dissociant le parenchyme splénique. Il dénombre alors tous les cas étudiés. En 1913 il collecte 85 cas (58 possèdent une observation clinique, 27 sont des découvertes d'autopsies). Il étudie les méthodes thérapeutiques appliquées, compare leurs résultats respectifs et insiste sur les avantages de la splénectomie. En 1921, il joint cinq cas nouveaux, et en 1924, dans le dernier en date de ses travaux, apporte encore 8 observations. Il laisse ainsi une étude qui comprend un total de 98 cas de kystes non parasitaires dont 71 possèdent des observations cliniques. La splénectomie a été pratiquée 36 fois (soit dans plus de la moitié des cas), et il note que si les résultats n'en sont connus que dans 34 cas, il n'en existe qu'un seul où elle ait été suivie de mort, soit une mortalité de moins de 2 %.

Signalons pour mémoire que sur ces entrefaites, en 1915, KUMARIS a publié le second cas connu à ce jour de kyste dermoïde. Son seul intérêt est en réalité de montrer que les tumeurs développées sur une rate ectopique sont d'un diagnostic extrêmement ardu.

D'autre part, dès ce jour, la distinction nettement établie en 1921 par le chirurgien américain va être suivie et nous voyons en particulier se détacher nettement de la masse des kystes spléniques le groupe des hématomes enkystés auxquels se rapportent les travaux de HAMILTON et BOYER en 1921, de LOMBARD et DUBOUCHER en 1922.

Les publications qui nous intéressent sont alors plus aisément découvertes.

Le 20 octobre 1924, devant la Société Nationale de Chirurgie, BASSET rapporte l'observation de BELLOT d'un kyste séro-hématique découvert chez un jeune homme de 21 ans. Elle apporte une confirmation du danger de la technique des

ponctions suivies d'injections modificatrices. Dans ce cas particulier cette méthode a déterminé une infection aiguë du contenu kystique et c'est à une incision de drainage que BELLOT doit recourir pour sauver son malade.

En 1925, LEPOUTRE publie une observation de kyste splénique à parois entièrement calcifiées.

BERKELEY MOYNIHAN, la même année, revient sur l'importance de la distinction entre Vrais et Faux Kystes.

La Société Internationale de Chirurgie a mis au programme de son VII^e Congrès à Rome, en 1926, la vaste question de la chirurgie de la rate. Dans différents rapports, les kystes spléniques sont envisagés. Ceux de PAPAYOANNOU et de PATEL s'attachent surtout à la thérapeutique de ces tumeurs et font ressortir l'indication majeure de la splénectomie.

Le rapport de HENSCHEN (de Zürich) passe en revue surtout le cadre des classifications dans lesquelles on peut ranger les diverses variétés de tumeurs kystiques de la rate.

JENTZER et KÜMMER, dans leurs rapports, citent chacun une observation personnelle de kyste non parasitaire.

En 1926 également, paraissent deux importants travaux : l'un de HOWALD qui, à l'occasion de deux observations dont l'une concerne un kyste à revêtement endothélial, reprend l'étude pathogénique. L'autre de MONDRE sur les « *vrais kystes de la rate* ».

En 1927, RICHER présente devant la Société de Chirurgie de Lyon, un cas de « grand kyste splénique à cholestérine ».

FRANK, NOVAK publient chacun un cas de « *large kyste non parasitaire* ».

BRANDBERG en 1928 fournit l'étude détaillée d'un grand kyste à revêtement endothélial, mais il émet des doutes sur la spécificité de ce revêtement et n'estime pas qu'il puisse être considéré comme un infaillible moyen de diagnostic entre Vrais et Faux-Kystes. Il ne reconnaît pour Vrais Kystes que ceux dont la cavité principale est entourée de petites cavités secondaires ; leur origine serait toujours une dilatation lymphatique.

GATERSLEBEN et SANDERS rapportent chacun un cas de grand kyste solitaire.

Une observation de NEKLUDOW, bien que se rapportant à un faux-kyste hémorragique, peut être considérée comme intéressante au point de vue des difficultés du diagnostic des tumeurs spléniques ectopiques.

L'année 1929 apporte les deux premières observations où soit décrit un kyste « *épithélial* ».

SCHNEIDER au 24^e Congrès de la Société Allemande d'Anatomie Pathologique en présente un.

POHLE pratique une splénectomie sur l'indication urgente d'une infection kystique : c'est le fait d'une para-typhoïde intercurrente ; et dans la paroi il découvre des îlots de tissu épithélial.

Les deux observations de PRIBRAM lui donnent l'occasion d'insister une fois encore sur l'aspect clinique particulier des kystes développés sur une rate en ectopie pelvienne et il cherche à mettre en lumière quelques signes qui puissent en permettre le diagnostic.

En 1930 se situe l'important travail de DINAND. Il ne s'agit d'ailleurs que de la présentation détaillée de l'observation de SCHNEIDER ; illustrée de reproductions microphotographiques, elle fixe l'aspect du revêtement cellulaire. L'auteur discute la pathogénie de telles formations : il ne semble pas très partisan de la théorie de l'inclusion fœtale de CONHEIM et pencherait plutôt en faveur d'une formation autochtone.

Cette même année 1930 apporte le rapport de SANTY à la Société de Chirurgie de Lyon. Son interprétation du revêtement épithélial de la paroi kystique comme une formation d'origine Wolffienne est unique et défend la théorie pathogénique de l'inclusion des germes.

En 1931, deux observations seulement : celle de GUIMARAES PORTO et celle de SEGELMANN.

En 1933, un nouveau kyste à revêtement épithélial est étudié par SHAWAN. La similitude avec l'épithélium malpighien cutané est extrême ; il ne lui manque que des formations pilosébacées pour qu'elle ne soit complète et l'auteur pense

que l'on peut donner à de telles formations le nom d' « *épidermoïde* ».

En 1934, deux observations de kystes à parois entièrement calcifiées sont publiées par FUMAGALLI (Milan) et par SCOTSON.

En 1935, NAVRATIL (en Tchécoslovaquie) décrit deux cas presque superposables l'un à l'autre de kystes à revêtement endothélial.

Ce n'est qu'en 1936 que se situe en France la première observation de kyste à revêtement épithélial stratifié. C'est un malade que P. E. WEILL a fait opérer par ROUX-BERGER. WEILL pense qu'il s'agit d'une malformation congénitale par inclusion de germe selon la théorie de CONHEIM ; il ne retrouve que le cas de DINAND, il semble donc qu'il n'ait pas eu connaissance de ceux de POHLE, de SHAWAN et de SANTY.

En 1937, SILAS LINDQVIST s'attache encore à la théorie de la dilatation lymphatique, il cherche à isoler du cadre des grands kystes le lymphangiome kystique dont le critérium serait, d'après lui, la découverte de petits kystes au voisinage de la grande cavité.

Une importante étude radiologique de OSTRO et MAKOVER paraît alors aux Etats-Unis où les auteurs montrent, dans les différents examens qui peuvent être pratiqués, le refoulement des viscères voisins. Et, ayant eu la curiosité de répéter ces recherches après la splénectomie, ils prouvent que les images observées disparaissent après l'exérèse de la tumeur.

Une nouvelle observation de SHAWAN rapporte un cas de kyste à parois calcifiées.

En 1938 enfin, MONTGOMERY, MAC ENERY et FRANK, rapportent deux cas encore de kystes épidermoïdes.

KUBANYI étudie de son côté un kyste à revêtement cellulaire de type endothélial.

Il nous a semblé difficile de ne pas clore cette étude historique par le rappel des différentes classifications proposées ; nous avons vu d'ailleurs combien elles se mêlaient en

pratique aux différentes étapes de la connaissance des kystes spléniques.

LEDDERHOSE (1890) : 1° Kystes séreux et kystes hématiques, unis ou multiloculaires.

2° Kystes dermoïdes.

POTEREL-MAISONNEUVE (1898) : 1° Kystes séreux.

2° Kystes séro-sanguins.

3° Kystes séro-purulents.

LITTEN (1898) : 1° Kystes séreux.

2° Kystes hémorragiques.

3° Kystes lymphatiques, lymphangiomes.

SANTE SOLIERI (1910) : 1° Pseudo-kystes, sans revêtement cellulaire. Hématomes : a) intra-capsulaires, b) extra-capsulaires.

2° Vrais kystes possédant un revêtement cellulaire.

3° Angiome kystique.

FOWLER (1913) : 1° K. traumatiques, hématomes et kystes séreux secondaires.

2° K. par infoliation (inclusion péritonéale), petits, multiples, superficiels ou profonds.

3° K. par dilatation, ectasies des sinus spléniques.

4° K. par désintégration, nécroses d'origine vasculaire.

5° K. néoplasiques, a) hémangiomes, b) lymphangiomes.

6° K. par dégénération, modifications secondaires d'une des formes précédentes.

FOWLER (1921) : 1° Vrais kystes, primitifs, ayant une paroi propre : a) K. par infoliation, petits, multiples. b) K. par dilatation, maladie polykystique. c) K. néoplasiques, hémangiome, lymphangiome.

Mais, remarque FOWLER, la distinction entre les groupes b) et c) est souvent difficile.

2° Pseudo-kystes, secondaires, sans paroi propre : a) Traumatiques, hématomes qui peuvent devenir séreux secondairement. b) Par dégénérescence, nécroses par lésion vasculaire.

FOWLER (1924) : Retour à l'ancienne classification pathogénique.

- 1° Kystes traumatiques : *a)* Grandes, uni-loculaires, hématomes enkystés. *b)* Petits, multiples, par inclusion péritonéale (rares).
- 2° Kystes inflammatoires : *a)* Tuberculeux. *b)* Petits, superficiels, multiples, ont un revêtement endothélial (inclusion péritonéale par péricystite).
- 3° Kystes par dégénérescence, nécrose d'origine artérielle.
- 4° Kystes par dilatation, maladie polykystique.
- 5° Kystes néoplasiques, lymphangiome, hémangiome.

Mais il est parfois difficile (FOWLER) de distinguer les groupes 3 et 4.

MOYNIHAN (1925) : 1° Vrais kystes, possèdent une couche cellulaire de revêtement : *a)* Ectasie vasculaire. *b)* Néoplasiques : 1° endothélial (lymphangiome, hémangiome) ; 2° dermoïde.

- 2° Faux kystes : *a)* Traumatique. *b)* Inflammatoire. *c)* Par dégénérescence.

PATEL (1926) : 1° Kystes multiples, dégénérescence polykystique.

- 2° Grands kystes uniques, uni ou multi-loculaires : *a)* Séreux purs, d'origine lymphatique probable. *b)* Séro-hématiques : 1° reliquats d'hématomes ; 2° angiome vrai (rarement).

HENSCHEN (1926) : A. Kystes vrais de prolifération :

- 1° Kystes ectodermiques.
- 2° Kystes tératoïdes.
- 3° Kystes endodermiques.
- 4° Kystes endothélio-mésenchymateux : *a)* Lymphangiome, lymphangectasie : 1° lymphangiome caverneux ; 2° kystes lymphatiques ; 3° lymphangiome polykystique ; 4° petits kystes capsulaires ou sous-capsulaires. *b)* Hémangiomes : 1° h. solitaire, cavernome ; 2° h. multiple ; 3° hémangiomatose hépatosplénique ; 4° h. veineux, sans paroi ; 5° angiome métastatique. *c)* Hémolympfangiome mixte.

B. Pseudo-kystes ou cystoïdes :

- 1° Hémorragiques, hématomes enkystés.
- 2° Nécrotiques.
- 3° Infectieux.

CLASSIFICATION

En parcourant les classifications que nous venons de résumer on ne peut manquer d'être frappé par leur diversité. Ceci nous a semblé résulter de ce qu'elles ne reposaient jamais sur une base rigoureusement contrôlable et stable : Qu'il s'agisse des premières en date basées sur le contenu kystique ou de celles qui s'appuient sur des facteurs pathogéniques (il s'agit souvent de simples hypothèses).

La seule base qui nous a semblé permettre de fonder une classification objective est l'étude anatomique de la paroi kystique. Il est indispensable d'en revenir à la distinction entre Vrais et Faux Kystes, tel est d'ailleurs l'avis de LÜBARSCH à qui elle semble également la meilleure. C'est sur l'examen histologique, comme l'avait conseillé BESNIER en 1874, qu'il faut établir les subdivisions.

Et la classification qui nous a semblé répondre le mieux à ces remarques est la suivante.

A. FAUX KYSTES : 1° Faux kystes traumatiques.

2° Faux kystes inflammatoires ou infectieux.

3° Faux kystes nécrotiques : *a*) par lésion vasculaire (thrombose, infarctus, torsion) ; *b*) par transformation d'une tumeur pré-existante.

B. VRAIS KYSTES : 1° Kystes dermoïdes.

2° Petits kystes multiples superficiels.

3° Grands kystes solitaires : *a*) kystes épithéliaux : épidermoïdes, épithélial simple, épithélial wolffien ; *b*) kystes endothéliaux.

C'est à ce troisième groupe seul que nous avons eu pour but de limiter ce travail.

Cette classification attire un certain nombre de remarques :

1° Nous en avons fait disparaître le groupe des « *lymphangiomes kystiques* », ce groupe dont LINDQVIST donnait pour critérium principal la découverte de petits kystes au voisinage de la grande cavité. En fait celui-ci nous a semblé insuffisant. Si, dans la majorité des cas, les observations qui avaient été rapportées sous ce nom correspondent à des kystes à revêtement endothélial, il est des cas indiscutables de kystes épithéliaux (DINAND, KUBANYI, SHAWAN) dans lesquels de petites formations kystiques semblables existaient, soit dans la paroi même de kyste, soit dans la pulpe splénique à son voisinage.

2° Dans la subdivision des kystes épithéliaux eux-mêmes nous nous sommes basé sur les descriptions qu'en avaient donné leurs auteurs. Nous avons ainsi créé un groupe particulier de kystes à épithélium Wolffien correspondant au cas de SANTY, laissé dans un groupe de kystes à revêtement épithélial simple les cas de SHAWAN et de P. E. WEILL, car ces auteurs avaient fait remarquer que, malgré une apparence assez proche, un certain nombre de détails les empêchaient cependant de conclure à la similitude du revêtement qu'ils avaient observé et de l'épiderme.

3° A côté des 29 observations dans lesquelles il a été trouvé un revêtement cellulaire (Obs. N^{os} I, II, IV à XXX), il existe de nombreuses observations dans lesquelles aucun revêtement n'a pu être mis en évidence (Obs. N^{os} III et 1 à 16). Pourtant l'allure clinique, l'absence de traumatisme, l'âge des malades souvent, l'aspect de la cavité kystique surtout semblaient les placer d'emblée dans le groupe des grands kystes solitaires. Et comme le font remarquer de nombreux auteurs, il est impossible de rejeter ces kystes dont le revêtement fragile a été détruit, tels sont les avis de : FINK, LUBARSCH, SHAWAN. Et HOWALD, en 1926, ne reconnaît-il pas que sur 74 observations de grands kystes qu'il a comptées, 54 n'ont plus de revêtement. Ces observations nous les avons groupées avec notre observation N° III sous le nom de : Cas douteux (Obs. 1 à 16).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Qu'il nous soit tout d'abord permis de rappeler les faits qui président à la distinction des kystes en Vrais et Faux Kystes, notion commune certes, mais peut-être insuffisamment mise en pratique en ce qui concerne les kystes spléniques.

C'est l'existence d'une paroi propre qui permet seule de distinguer le Vrai Kyste du Faux Kyste.

Cette *paroi*, d'une épaisseur variable, est nettement différenciée. Il est toujours facile de la séparer du parenchyme dans lequel le kyste s'est développé ; il existe toujours un plan de clivage entre les deux. Du point de vue histologique, cette paroi est constituée de deux zones :

1° Vers sa périphérie : une coque plus ou moins épaisse formée de couches superposées de tissu conjonctif fibreux.

2° Vers la lumière de la cavité kystique : un revêtement cellulaire différencié, variable dans son organisation et sa nature.

Dans les faux kystes, il en va tout autrement : s'il existe encore bien souvent une coque fibreuse, elle est discontinue moins nettement différenciée ; il n'existe pas de plan de clivage précis. Il est même des régions où la coque disparaît entièrement, laissant le parenchyme splénique directement au contact de la cavité kystique. Du point de vue microscopique, cette opposition manifeste se retrouve : s'il existe bien des bandes de tissu conjonctif, elles sont mal séparées du tissu noble. La paroi apparaît ici comme une infiltration fibreuse du parenchyme au contact et sous l'action du kyste.

I. -- Aspect macroscopique

SIÈGE DU KYSTE. — La tumeur kystique peut bomber à son maximum en un point quelconque de l'organe, mais il sem-

ble cependant que certaines zones soient un siège électif pour ces tumeurs. Parmi 30 cas dans lesquels mention était nettement faite du siège, il semble que la localisation soit plus fréquente au pôle inférieur (15 fois), puis viennent le pôle supérieur (6 fois), la face gastrique (3 fois), la face externe diaphragmatique (2 fois). Enfin dans certains cas, la tumeur semble s'être développée en plein centre de la rate (4 fois).

SURFACE EXTÉRIEURE. — La surface extérieure garde la coloration grisâtre de la rate normale dans toutes les régions où persiste une certaine épaisseur de tissu splénique. Dans les zones où celui-ci a disparu, lorsque la paroi kystique arrive directement sous la capsule, elle présente une coloration blanchâtre, d'allure fibreuse.

FORME DE LA RATE. — La forme de l'organe est différemment modifiée suivant les cas. Lorsque le kyste est central, la rate semble augmentée de volume en masse ; lorsque le kyste est périphérique, polaire, la rate refoulée peut garder une forme à peu près normale : dans l'une de nos observations de kyste du pôle inférieur, la rate avait l'aspect d'une longue languette qui surmontait la saillie arrondie de la tumeur. Le plus souvent, le tissu splénique est refoulé par le kyste. On n'en retrouve de vestiges qu'à l'état de simples bandes le long des bords de l'organe (DINAND et SCHNEIDER). Dans une observation de MONTGOMERY, il ne reste plus qu'un anneau de parenchyme au niveau de l'équateur de la tumeur. Dans un de nos cas (Obs. N° I) il était refoulé en croissant vers la face externe. Toujours est-il qu'il s'étale en s'amincissant progressivement sur le kyste.

L'état du bord antérieur crénelé pathognomonique de la rate semble particulièrement intéressant à noter : lorsque la tumeur s'est développée à l'un des pôles de l'organe, il est nettement conservé sur la pièce. Mais très souvent, qu'un kyste polaire ait pris un développement important, qu'il s'agisse d'un kyste central, d'un kyste de la face interne, ou d'un kyste qui intéresse le bord antérieur, cet aspect crénelé disparaît. Une conséquence clinique intéressante en découle. Si l'origine splénique de la tumeur est par ailleurs

contrôlée (par l'examen radiologique en particulier), l'absence de bord crénelé est un argument de grande valeur en faveur de la nature kystique de la tumeur (RAMOND). Notons que dans le cas de P. E. WEILL, avant même d'avoir extériorisé la rate, ROUX-BERGER avait perçu ce bord crénelé qui n'avait pas pu être mis en évidence à l'examen clinique.

ASPECT MACROSCOPIQUE DE LA PULPE. A la section, à l'ouverture de la pièce, la *disposition du reliquat* de parenchyme peut être facilement contrôlée et l'on peut ainsi noter son épaisseur régulièrement décroissante, étirée sur la paroi kystique.

La *coloration* du parenchyme restant ne présente en général aucune modification importante ; il est cependant possible de noter parfois qu'il est moins coloré, plus pâle que normalement et d'apprécier au moment de la section qu'il est moins gorgé de sang liquide qu'à l'état normal.

Il est surtout important de noter s'il n'existe pas de petits kystes au voisinage de la cavité. Cette éventualité, qui avait été considérée par LINDQVIST comme pathognomonique d'une forme particulière : le *lymphangiome kystique*, peut en réalité se rencontrer dans tous les grands kystes quelle qu'en soit la variété. DINAND, KUBANYI, SHAWAN, signalent ainsi l'existence de petites cavités kystiques qui siègent en plein parenchyme splénique.

VOLUME DES KYSTES. — Leur volume semble extrêmement variable. Dans l'ensemble, et c'est l'opinion de LUBARSCH, la moyenne des kystes contient un peu moins de 2 litres de liquide. Dans l'un de nos cas (Obs. n° I) il contenait environ 300 gr. de liquide ; dans le premier cas de MONTGOMERY, la cavité contenait 520 cc. Parmi les autres, citons : 800 cc. (HEINRICIUS), 1.350 cc. (CREDE), 1.500 cc. (SHAWAN), 2 litres (BRANDBERG), entre 2 et 3 litres (HOWALD), 3 litres (PÉAN), 3,5 litres (MONNIER), 4 litres (POHLE; Obs. personnelle n° II). Les différences de volume ainsi constatées tiennent à ce fait que les kystes n'entraînent en général de troubles que lorsque leur volume est important et que les petits kystes qui ont été découverts ne l'ont été que par hasard à l'occasion d'un examen général systématique.

LIQUIDE KYSTIQUE. — Ce liquide peut avoir des *aspects macroscopiques* fort différents ; or c'est sur lui qu'ont été pendant longtemps établies les classifications à la suite de LEDDERHOSE et de POTEREL-MAISONNEUVE. Tantôt jaune clair, parfois même ambré (BRANDBERG et LAMBERT), il semble que très souvent il se présente sous un aspect verdâtre, brun foncé (MONTGOMERY, SHAWAN), parfois même par suite d'hémorragie secondaire intrakystique, il présente une teinte franchement hématique voire chocolat (CREDE, LUBARSCH, MONNIER, WEILL). Il semble que dans presque tous les cas, on ait noté la présence de particules brillantes, réfringentes, formées de paillettes ou de *cristaux de cholestérine*, de gouttelettes graisseuses.

a) *L'examen microscopique* du liquide confirme la présence de ces cristaux de cholestérine. De plus, il décèle parfois dans l'examen du sédiment la présence d'éléments figurés du sang : globules rouges, leucocytes plus ou moins altérés et fréquemment la présence de cellules épithéliales qui proviennent du revêtement cellulaire détaché de la paroi kystique.

b) *L'examen bactériologique*, fréquemment mentionné par les auteurs, s'est toujours révélé négatif, en dehors des deux cas de kystes secondairement infectés de POHLE et BELLOT.

c) *L'examen physico-chimique* n'est mentionné que dans quelques rares observations (HEINRICIUS, SUCHANEK, WEILL et dans notre obs. personnelle n° II). La *densité* n'est mentionnée que dans 6 cas : elle est en moyenne de 1.026 (MONDRE : 1022, SUCHENEK : 1025, NAVRATIL : 1025, NAVRATIL : 1026, cas personnel : 1027, HEINRICIUS : 1030). Les examens chimiques ne portent souvent pas sur les mêmes produits, leurs conclusions sont donc difficilement comparables. Si leurs résultats concordent à peu près tous en ce qui concerne le taux d'un certain nombre de substances : l'albumine, l'urée, le calcium (NAVRATIL), trouvées à des taux sensiblement comparables à ceux du sérum sanguin, ils discordent au contraire franchement en ce qui concerne d'autres substances : cholestérol en particulier. En pratique nous ne pouvons que rapporter ici les conclusions de ces examens chi-

miques telles qu'elles ont été formulées par leurs auteurs : SUCHANEK est d'avis qu'il s'agit d'un transsudat. WEILL a une opinion identique, car « les substances dialysables se retrouvent dans le liquide kystique à un taux presque exactement superposable à celui du sérum sanguin, mais les protéines et autres substances colloïdales (cholestérine) se trouvent à un taux de plus de moitié inférieur de celui du sérum ». Dans notre observation n° II le chimiste qui a pratiqué l'examen conclut qu'« il s'agit d'un exsudat et non d'un transsudat, présentant avec une remarquable régularité les caractères du sérum sanguin normal ». Il serait donc prématuré devant ces résultats absolument contradictoires de vouloir tirer une conclusion. Peut-être serait-il recommandable de comparer le liquide kystique et le sérum sanguin du malade lui-même, tactique qui n'a été employée qu'une seule fois (WEILL).

ASPECT INTÉRIEUR DE LA CAVITÉ KYSTIQUE. — Celui-ci est bien particulier, signalé dans toutes les observations avec une remarquable constance. La paroi interne du kyste présente un revêtement brillant, DINAND le qualifie de « *revêtement pseudo-séreux, comparable à un mésentère* ».

Le relief de cette paroi est très irrégulier. Dans les zones où le kyste est directement sous-capsulaire, où la tension semblait à son maximum, la paroi est lisse, presque plane, tout au plus un peu dépolie par quelque dépôt pseudo-fibrineux. Mais dans les régions où la paroi kystique se trouve au contact de reliquats spléniques, elle prend une allure diverticulaire tout à fait caractéristique. Des colonnes de tissu fibreux en relief, bifurquées à la façon des nervures d'une feuille, dessinent des logettes subdivisées en alvéoles secondaires par de fines cordelettes tendues entre les colonnes principales. Dans le fond des logettes, la paroi paraît translucide, laisse apparaître la coloration gris-bleuté du parenchyme splénique adjacent. DINAND compare cette structure à la charpente apparente d'un dôme dans lequel les solives viennent séparer des niches ou des alvéoles. Dans son cas même des piliers plus rapprochés les uns des autres arrivent

à isoler presque des cavités secondaires, donnant au kyste un aspect multi-loculaire. La comparaison qui semble s'appliquer le mieux à cet aspect de colonnés, de piliers blanchâtres et fibreux anastomosés et reliés par de fines cordelettes, nous la trouvons également employée par DINAND, SHAWAN. L'intérieur de la cavité kystique ressemble aux parois de la cavité d'un ventricule cardiaque avec ses valvules, ses piliers de premier et de deuxième ordre, ses cordelettes.

La cause de cet aspect trabéculaire peut être aisément reconnue si l'on prend soin de détacher par clivage la paroi kystique. On voit alors que les reliefs internes de la paroi kystique correspondent à des saillies fibreuses apparentes dans le parenchyme splénique. Ce sont simplement les travées du réticulum fibreux normal de la rate qui n'ont jamais été détruites par l'accroissement du kyste, que la paroi kystique a repoussées devant elle au cours de son développement en se moulant sur leur saillie. Ce caractère est l'expression nettement objectivée de la différence primordiale qui existe entre les vrais kystes et les faux kystes. Ces derniers se produisent par destruction du parenchyme, par dilacération de ses éléments qu'il s'agisse d'hémorragie, d'infection ou de nécrose.

Dernier fait qui confirme cette interprétation des piliers de la paroi kystique : on ne trouve cet aspect qu'en regard des zones où persiste du parenchyme splénique ; il est d'autant plus marqué que celui-ci présente une épaisseur maxima, décroissant en même temps que le parenchyme s'étire en bandes de plus en plus minces, disparaissant entièrement lorsque la paroi kystique devient immédiatement sous-capsulaire.

L'épaisseur de la paroi kystique est très variable : En général, d'après LUBARSCH, elle est mince : 2 à 3 mm., mais de grandes différences se rencontrent entre les divers cas décrits et on peut la voir atteindre 15 mm. dans un cas de HOWALD. Des inégalités se rencontrent également suivant les différentes zones d'un même kyste : elle est toujours mince au fond des cryptes, souvent très amincie aux points de plus

grande tension où dans certains cas elle peut arriver à se rompre.

II. -- Examen histologique

Des précautions particulières doivent être prises au moment même où l'on prélève les fragments en vue de cet examen : si l'on veut être assuré de trouver avec le maximum de chance le revêtement cellulaire que l'on recherche, c'est dans la zone trabéculaire correspondant aux reliquats spléniques qu'il faut se porter. Le prélèvement de fragments dans les points où la paroi devient mince, où les reliquats spléniques disparaissent n'a que peu de chance d'être couronné de succès. Cette remarque est magnifiquement illustrée par l'exemple de SHAWAN : examinant une première fois la paroi d'un kyste sur des pièces prélevées sans précaution particulière, il n'avait abouti à aucun résultat, n'avait découvert que du tissu fibreux ; or, reprenant neuf ans plus tard sa pièce, mais en prenant soin cette fois de faire porter ses recherches dans la zone trabéculaire, les examens étaient alors couronnés de succès. C'est la lecture de cette observation qui nous a permis également dans nos observations n° I et n° III de découvrir, plusieurs mois après un premier examen infructueux, les revêtements cellulaires : épithélial dans un cas, endothélial dans l'autre, que nous décrirons plus loin.

Des précautions sont à prendre au cours même de l'examen macroscopique de la pièce ; il serait inutile d'insister sur ce fait que l'on ne doit pas gratter l'intérieur de la cavité kystique avec un instrument tranchant pour voir si elle présente un dépôt, qu'il y a intérêt à prélever les fragments immédiatement après l'intervention sans avoir laissé la pièce séjourner pendant longtemps dans un liquide fixateur.

Des précautions techniques particulières doivent encore être observées si l'on veut être sûr de pouvoir examiner avec précision le revêtement cellulaire et d'en découvrir tous les détails avec précision. Ce sont surtout des méthodes spéciales

de coloration, semble-t-il, qui permettent de les mettre en évidence : hémateïne-éosine ; coloration trichrome de MASSON ; coloration de WEIGERT ; coloration métallique avec imprégnation argentique.

1° LE TISSU SPLÉNIQUE. — Il n'est jamais absolument normal. Il présente toujours à des degrés plus ou moins marqués des lésions de sclérose qui portent sur les trabécules conjonctives du réticulum fibreux. Les follicules de Malpighi se voient le plus souvent en nombre restreint ; ils sont d'aspect légèrement atrophique ; leurs artères présentent parfois quelques lésions de sclérose pariétale. Cette observation, qui est de règle, n'a subi d'exception que dans un cas : HOWALD, dans sa deuxième observation, signale qu'au contraire les follicules sont beaucoup plus nombreux qu'à l'état normal, qu'ils sont également beaucoup plus volumineux et qu'ils présentent des centres germinatifs et muqueux franchement apparents. Au voisinage de la paroi kystique, il existe fréquemment, sinon toujours, une infiltration des dernières couches de parenchyme par des éléments figurés : lymphocytes, histiocytes, grands macrophages, qui rappelle la réaction communément observée au contact d'un corps étranger : le « *granulome par corps étranger* ».

2° LA PAROI KYSTIQUE. — Elle se compose de plusieurs zones nettement distinctes qui se résument à :

1° *Zone périphérique*, qui est formée de tissu conjonctif dense, presque essentiellement de fibre collagènes, disposées en couches concentriques. On y rencontre peu de fibres élastiques, parfois quelques fibres musculaires lisses. Cette couche conjonctive est extrêmement pauvre en éléments nucléés, sauf parfois dans ses couches les plus excentriques où peut se poursuivre l'infiltration lymphocytaire qu'on voyait dans la pulpe voisine. Rares y sont également en général les vaisseaux : on ne les trouve, eux aussi, que dans les régions superficielles de cette zone fibreuse.

2° *Revêtement cellulaire interne* : Deux types principaux s'y rencontrent, avons-nous dit : épithélial et endothélial.

A. — REVÊTEMENT ÉPITHÉLIAL. — Dans les coupes les plus

caractéristiques il existe un revêtement stratifié formé de nombreuses assises cellulaires dans lesquelles il est possible de distinguer une couche basale et une couche muqueuse.

1) La couche basale, continue, est formée de cellules hautes, dont le noyau est ovalaire, le plus souvent allongé suivant le grand axe de la cellule, situé au voisinage du pôle inférieur de celle-ci. Leur protoplasme est clair, souvent vacuolaire, gonflé de gouttelettes graisseuses. Il est surtout important de remarquer que cette couche basale est toujours nettement séparée du tissu conjonctif de la coque fibreuse voisine : « Il existe toujours quelque chose entre eux », pour employer l'expression de DINAND. Ce qui les sépare ainsi c'est une mince membrane formée de tissu conjonctif lâche : la *membrane basale*.

2) Immédiatement au-dessus de cette couche basale apparaît une couche de cellules organisées en rangées successives. Ces rangées sont en nombre variable (1 à 3 dans le cas de DINAND, jusqu'à 10 dans le cas de SHAWAN). L'interprétation de ces cellules, de leur forme, de leurs rapports réciproques varie suivant les différentes descriptions. Cette diversité nous a permis de distinguer les deux variétés que nous considérons sous le nom de : épithélium épidermoïde d'une part, épithélium simple d'autre part.

a) Dans l'*épithélium épidermoïde*, les contours cellulaires sont nettement discernés. Il est alors possible de reconnaître des cellules polygonales ; adjacentes les unes aux autres, elles ont un noyau régulier assez volumineux, arrondi. Leurs limites surtout sont intéressantes à préciser : il semble qu'il existe entre leurs bords de fins canalicules. Perpendiculairement à ces canalicules sont tendues entre les corps cellulaires des fibrilles parallèles, absolument analogues aux fibrilles de Ranvier de l'épiderme, qui peuvent être interprétées comme des « *ponts intercellulaires* ». D'autre part, dans cette même couche, il est aisé de noter l'existence de granulations arrondies de coloration foncée, telles qu'en donnent les formations d'éléidine. Un aspect semblable à celui du « *stratum granulosum* » de la peau se trouve ainsi réalisé.

Les couches les plus proches de la cavité kystique s'aplatissent rapidement ; les cellules s'allongent, tendent à se placer parallèlement à la surface du revêtement ; ce faisant elles étirent, allongent leurs noyaux qui deviennent ovulaires. Cette couche voisine de la cavité kystique présente souvent des images de desquamation. Cependant dans aucun des cas consultés, les divers auteurs pas plus que nous-même, n'ont pu noter l'existence de formations cutanées : follicules pileux, glandes sudoripares ou sébacées.

b) Dans l'*épithélium simple*, ou ce que nous avons convenu de considérer comme tel (cas de SHAWAN et de WEILL), l'aspect du revêtement ne diffère que par quelques détails en réalité. La structure pavimenteuse de l'*épithélium* reposant sur une membrane basale est sensiblement la même. La seule distinction que l'on puisse observer tient peut-être uniquement aux observations de ces deux auteurs. C'est l'absence de granulations d'éléidine, l'absence de ponts intercellulaires, sur lesquelles ils ont particulièrement insisté qui nous a fait maintenir ces deux cas dans un groupe particulier. Peut-être ceci ne tient-il qu'au manque de coupes colorées suivant des méthodes électives qui mettent facilement en évidence les formations envisagées. Il ne nous semble pas absolument impossible que ces deux variétés en réalité ne puissent être fondues en une seule.

LIMITES DU REVÊTEMENT ÉPITHÉLIAL. — Le revêtement, nous l'avons dit, se présente avec son maximum de netteté au fond des diverticules de la paroi. Si l'on suit cette bordure épithéliale, sur certaines coupes qui intéressent un gros pilier fibreux on peut dans certains cas noter les modifications qui se produisent alors. On voit les assises cellulaires diminuer progressivement de nombre et bien souvent dans le bord libre du pilier fibreux qui n'est plus revêtu que par une unique et mince couche cellulaire, les cellules les plus superficielles, les plus aplaties arrivant directement au contact de la fine membrane conjonctive basale.

ARRACHEMENTS DE L'ÉPITHÉLIUM. — Le revêtement épithélial

est extrêmement fragile. Dans certains cas il est même donné d'en voir une image à l'examen microscopique. On peut voir alors brusquement le revêtement se détacher de la membrane basale, il se met à flotter en liberté dans la cavité kystique et ne reste plus retenu que par sa continuité avec les zones voisines qui sont restées fixées.

INVAGINATIONS DE L'ÉPITHÉLIUM. — Fréquemment on peut noter, et c'est ce qui a bien été mis en évidence dans le cas de WEILL et dans le nôtre propre, que l'épithélium en certains points se replie sur lui-même, se retourne en doigt de gant et s'invagine dans la coque périphérique fibreuse qui l'entoure. Alors apparaissent des fentes s'engageant plus ou moins profondément dans la zone fibreuse ; elles sont tapissées par le même revêtement cellulaire que la paroi kystique elle-même. Peut-être est-ce une formation de cet ordre que FINK avait observée et qu'il avait interprétée comme un vaisseau lymphatique dilaté qui venait s'ouvrir dans le kyste et dont le revêtement cellulaire s'épanouissait sur la paroi de la cavité kystique. Parfois même de petites cavités entièrement isolées peuvent s'observer dans l'épaisseur de la paroi fibreuse. Ce sont alors sans doute des diverticules, des invaginations en doigt de gant, en cul-de-sac, intéressées perpendiculairement à leur direction par la coupe examinée. Ces formations isolées dans la paroi fibreuse ont absolument l'apparence de petits kystes intra-pariétaux : ils présentent un revêtement épithélial stratifié ; sans doute est-ce à des formations semblables que LINDQVIST se rapportait pour affirmer l'individualité du lymphangiome kystique.

ÎLOTS ÉPITHÉLIAUX INTRA-PARENCHYMATEUX. — Une formation particulière a été décrite par POHLE pour la première fois ; depuis elle n'a été que rarement signalée. Dans la pulpe splénique, à distance de la paroi kystique, il existe quelques îlots de cellules pâlement colorées, claires, tranchant sur le fond sombre du parenchyme splénique normal. Ces îlots sont entourés d'une fine lamelle conjonctive semblable à la basale d'un épithélium ; leurs cellules ont un protoplasme clair, leur noyau est volumineux. En un mot il semblerait s'agir

également de diverticules du revêtement de la paroi kystique : mais il leur manque une lumière centrale pour permettre d'affirmer cette interprétation.

d) L'épithélium wolffien a été décrit par SANTY, c'est le seul cas de ce genre. Il est formé dans sa couche inférieure par des cellules à protoplasme acidophile, tassées les unes contre les autres. La couche superficielle est formée de cellules volumineuses, disposées en une seule rangée, qui présentent des extrémités effilées s'insinuant dans les interstices des cellules de la couche sous-jacente. Ces cellules superficielles ont souvent l'aspect « en pavé » que l'on rencontre dans les voies excrétrices wolffiennes. Leur pôle apical présente par places une différenciation « en brosse ».

B. — REVÊTEMENT ENDOTHÉLIAL. — Une différence fondamentale distingue ce type de revêtement du précédent : l'absence de la membrane basale. Cette membrane basale n'existe en effet en aucun point ici. Le revêtement cellulaire repose directement, sans interposition de minces lames conjonctives, sur le tissu fibreux sous-jacent ; il n'existe rien qui les sépare. Il n'existe pas non plus ici de couche basale de grosses cellules claires à protoplasme vasculaire, à gros noyau ovalaire situé au pôle inférieur de la cellule, cellules cylindriques dans leur majorité.

Les cellules du revêtement endothélial sont loin d'avoir un aspect uniforme : tantôt elles sont toutes aplaties, disposées parallèlement à la lumière kystique ; extrêmement minces, à peine visibles (HOWALD). Leur noyau est toujours assez volumineux. Tantôt elles sont hautes, cubiques ; elles rappellent de façon assez nette le revêtement des vaisseaux lymphatiques, ce qui explique qu'elles aient été souvent interprétées comme telles et que le kyste ait été envisagé comme le résultat d'une ectasie lymphatique.

Le groupement de ces cellules endothéliales et la structure du revêtement qu'elles forment est lui aussi variable : parfois groupées fort régulièrement en une assise continue et uniforme dont tous les éléments sont distincts et franche-

ment juxtaposés, il n'est pas rare de voir disparaître les limites cellulaires. Elles se groupent alors sous l'apparence d'un syncytium bourré de noyaux (HOWALD, JENTZER). Dans d'autres cas, elles sont disposées de façon alternée, évoquent l'aspect d'une mosaïque (HEINRICIUS, LAMBERT). Parfois enfin, elles se tassent en plusieurs assises formant un revêtement pluristratifié (MONNIER). Sous l'influence de certaines irritations, on peut les voir se gonfler, mais lorsqu'elles subissent de telles déformations les cellules endothéliales ne la subissent jamais toutes identiquement. Le revêtement cellulaire est alors tout à fait irrégulier, les cellules voisines étant de dimensions fort inégales, de formes irrégulières.

Ce revêtement endothélial des grands kystes est extrêmement fragile, beaucoup plus que le revêtement épithélial ; il est très souvent détaché et l'on peut voir alors au point où il se dilacère ainsi des cellules déformées, pédiculées, prenant un aspect en « raquette », en « massue ». Elles s'allongent, ne gardant plus le contact avec la paroi fibreuse que par un mince point de leur base. C'est alors surtout qu'il y a intérêt à ce que les fragments examinés aient été prélevés strictement au fond des recessus de la paroi ; ce sont les seuls points où, à l'abri de l'hypertension du liquide intrakystique, le revêtement puisse persister ; il est presque toujours détaché dans les régions où la paroi est devenue lisse sous le fait de cette tension.

PETITS KYSTES DE VOISINAGE. — Dans l'épaisseur de la paroi kystique il est parfois possible de reconnaître, de même que cela se produit dans le type épithélial, de petites cavités kystiques. Parfois même, c'est à distance du kyste, dans la pulpe splénique que l'on peut les découvrir. Ces petits kystes présentent eux aussi, mais avec une constance beaucoup plus grande que le grand kyste, un revêtement endothélial formé en général d'une seule rangée de cellules aplaties ou cubiques tassées les unes contre les autres. Cette disposition particulière, l'existence de ces petits kystes, nous l'avons déjà signalé, ont été considérées par LINDQVIST dans l'important travail qu'il lui consacre, comme pathognomonique du lym-

phangiome kystique. Considérée isolément cette conception, qui se base sur la similitude d'aspect de ces petits kystes avec un vaisseau lymphatique dilaté dont ils possèdent le même revêtement endothélial, peut sembler assez séduisante. En fait, un doute s'installe lorsque l'on se souvient que dans les kystes épithéliaux il existe de semblables petites cavités intra-pariétales, qu'il existe parfois à distance dans le parenchyme liénal de petits îlots cellulaires épithéliaux que l'on peut considérer comme des kystes en puissance, qu'il est impossible de comparer à une lymphangectasie.

III. -- Evolution anatomique du kyste

Comme dans toutes tumeurs kystiques, le processus naturel d'évolution tend vers l'accroissement progressif mais continu. Qu'il soit sécrété par le revêtement pariétal ou qu'il provienne d'un transsudat au travers de cette paroi, le liquide ne cesse d'augmenter d'abondance. La tension intrakystique s'accroît parallèlement.

RÉSISTANCE DE LA PAROI. — La paroi fibreuse est susceptible de se prêter dans une certaine mesure à cet accroissement, mais par sa disposition elle-même elle les supporte différemment aux divers points de sa surface.

Dans les régions adjacentes à la rate, elle est épaulée dans cette résistance par la solidité des trabécules fibreuses du réticulum splénique. Il y a une véritable hypertrophie de ces cloisons fibreuses intraspléniques, qui est à son maximum au niveau des piliers qui soulèvent la paroi du kyste et son relief si particulier. Cette résistance splénique est encore augmentée par la capsule propre de la rate qui subit presque toujours elle aussi une hypertrophie fibreuse.

Il en va tout autrement aux points où le kyste vient bomber directement sous la surface de la capsule et du revêtement péritonéal de la rate. A ce niveau la paroi semble tendue à son maximum, à sa face interne il n'existe plus aucune trace de disposition alvéolaire ; la paroi est uniquement composée de tissu fibreux dont l'épaisseur diminue progressivement.

L'aspect bleuté translucide de cette paroi a été souvent noté au cours même de l'intervention. Répétons qu'en ces points tout revêtement cellulaire a complètement disparu. Et peu à peu, sous l'effet d'une tension sans cesse accrue, la paroi peut s'amincir à l'extrême et la rupture devient menaçante.

RUPTURE DE LA POCHE KYSTIQUE. — La rupture est possible en ces points amincis. Certains auteurs (ORLOFF, LANDELIUS) l'ont vue se réaliser sous leurs yeux au cours des manœuvres opératoires d'extériorisation de la rate. Elle peut se produire spontanément, parfois sous l'influence d'un traumatisme même minime où de microtraumatismes répétés.

Si, dans certains cas, cette rupture se fait en péritoine libre, il en est d'autres où cette fissuration a tendance à s'obturer d'elle-même. Une observation intéressante à ce point de vue est notre observation n° III dans laquelle, sur la face gastrique de la tumeur, au point culminant de la voussure, une adhérence épiploïque extrêmement importante avait été remarquée au cours de l'intervention. A la section de la pièce, il existait en ce point un amincissement extrêmement frappant de la paroi. Nettement visible sur la face endokystique, une dépression irrégulière avec perte de substance fibreuse traduisait nettement cette fissuration. C'est en face d'elle que s'était fixé l'épiploon qui était ainsi venu l'obturer.

INFECTION DU CONTENU. — L'INFECTION SPONTANÉE du liquide kystique seule nous retiendra : il est bien évident que l'on ne saurait s'attarder à l'infection secondaire succédant aux tentatives thérapeutiques malheureuses de ponctions et d'injections modificatrices autrefois employées.

Cette infection primitive est rare, nous n'en trouvons que deux cas, encore dans l'une d'elle la confirmation bactériologique stricte manque-t-elle. C'est le cas de GATERSLEBEN que nous envisageons ici : la température s'était brusquement élevée à 39°, l'état général semblait extrêmement atteint, le kyste devenait douloureux à la pression. Le liquide kystique était trouble, « semblable à du pus ». La deuxième observation est celle de POHLE qui est beaucoup plus impres-

sionnante. Le kyste était méconnu jusqu'alors, c'est au cours d'une infection paratyphique qu'il se manifeste. La ponction avait ramené un liquide trouble où l'examen direct mettait en évidence de nombreux germes ; craignant une grave complication, l'intervention avait été pratiquée d'urgence. Le liquide du kyste donna à la culture des colonies pures de bacilles paratyphiques. Cette observation unique d'infection du contenu kystique au cours d'une maladie infectieuse intercurrente doit en faire redouter la possibilité au cours de toute infection générale chez un malade porteur d'un kyste splénique.

MOBILISATION DE LA RATE ET ECTOPIE SPLÉNIQUE. — Sous le poids de la tumeur, il est possible de voir la rate quitter la région sous-phrénique gauche, descendre dans l'abdomen et même gagner le pelvis (HEINRICIUS, PRIBRAM). On peut d'ailleurs en rapprocher pour mémoire l'observation de kyste dermoïde développé sur une rate ectopique rapportée par KUMARIS, ou l'observation de kyste hématique ectopique de NEKLUDOW. Si ce fait présente un grand intérêt clinique puisqu'il peut arriver à rendre quasi impossible le diagnostic de tumeur splénique alors qu'une masse est perçue dans le pelvis, il peut être à l'origine d'une autre complication : la torsion du pédicule.

TORSION DU PÉDICULE SPLÉNIQUE. — Elle semble facile dans ces cas où la rate est extrêmement mobile. C'est ce qui s'est produit dans les observations de PRIBRAM, de BIRCHER, où la rate avait tourné de 180° autour de l'axe de son pédicule.

CALCIFICATIONS DE LA PAROI. — Il n'est pas rare que des auteurs aient noté la présence de dépôts calcaires dans la paroi fibreuse. Parfois dépôts minimes localisés qui ne sont visibles qu'à l'examen microscopique, ce sont dans d'autres cas des dépôts plus importants en plages plus ou moins larges (MONNIER, RICHER). Parfois même, toute la paroi est épaissie en un bloc calcique. A l'examen clinique la tumeur est extrêmement dure, à l'examen radiologique elle est faci-

lement visible sous l'aspect d'une ombre à contour régulièrement limité mais dont la densité peut être irrégulière, tigrée. La paroi, sur une épaisseur de 1 à 2 mm., n'est qu'une coque calcaire qu'il faut décalcifier avant de pouvoir pratiquer les coupes histologiques (FUMAGALLI, SCOTSON, SHAWAN).

ETIOLOGIE

Différents facteurs étiologiques doivent être considérés. Ils ont été autrefois très souvent signalés dans les vrais kystes de la rate, et il semble utile d'en faire une étude critique.

AGE. — L'âge auquel sont découverts les grands kystes spléniques nous a semblé un des éléments les plus importants de cette étude étiologique. Il avait déjà été signalé par de nombreux auteurs et HOWALD en 1926 ainsi que LUBARSCH la même année, faisaient remarquer qu'ils survenaient dans la grande majorité des cas chez des malades de moins de 30 ans. Toutes les observations que nous avons consultées, plus particulièrement toutes les observations que nous avons retenues qui concernaient des cas dans lesquels un revêtement cellulaire avait été nettement découvert, concernent elles aussi des individus jeunes, dans la première moitié de la vie. Dans les 29 observations que nous avons ainsi retenues, nous ne trouvons que deux malades qui aient dépassé 40 ans : la malade de MORESCHI et GHETTI, qui avait 42 ans, et le malade de CREDE qui était âgé de 44 ans. Si l'on retient encore que la malade de LAMBERT était âgée de 34 ans, il reste 26 cas de kystes non parasitaires à revêtement cellulaire qui tous ont été découverts chez des malades de moins de 30 ans. Mais ce qui est plus frappant encore, c'est que plus de la moitié des cas ont été révélés avant 20 ans : c'est le fait de 18 sur 29 de ces malades — soit un peu plus de 62 %.

Cette prédilection des kystes de la rate pour des sujets jeunes étant donc manifeste, il est intéressant de noter cependant que les différentes variétés de types de kystes envisagés ne se répartissent pas également et parallèlement. Et

si nous voulons considérer les 29 cas que nous avons retenus suivant le détail de leur répartition, on aboutit à des constatations précises, peut-être beaucoup plus frappantes, dont on pourrait utilement s'étayer dans l'échafaudage des diverses conceptions pathogéniques.

1° Kystes épithéliaux : Ils surviennent toujours chez des malades très jeunes, avant 20 ans. Nous avons retrouvé 7 observations de kystes épithéliaux publiées, nous en avons ajouté une personnelle : de ces 8 malades, la plus âgée, la malade de POHLE, avait 19 ans. Le plus jeune, un des malades de MONTGOMERY, était âgé de 6 mois.

De plus, dans cet ensemble, 5 sur 8 des cas sont observés entre 11 et 20 ans — soit 62,5 %.

2° Kystes endothéliaux : Tous ceux qui ont été étudiés sont survenus chez des malades entre 11 et 40 ans. Aux 14 cas que nous avons trouvés, nous en avons adjoint un personnel. Sur ces 15 malades, la plus âgée (LAMBERT) avait 34 ans ; la malade la plus jeune (KUBANYI) avait 11 ans.

Mais un fait doit encore être mis en relief : c'est que 8 sur 15 de ces cas, soit un peu plus de 53 %, se situent avant 20 ans.

En ce qui concerne l'âge des malades, on peut donc conclure que les vrais kystes spléniques se rencontrent dans 62 % des cas avant 20 ans. De façon plus stricte et plus précise : tous les cas de kystes épithéliaux observés l'ont été avant 20 ans (100 %) et 53 % des kystes endothéliaux se situent entre les mêmes limites d'âge.

SEXE. — Dans l'ensemble le sexe féminin est beaucoup plus souvent atteint que le sexe masculin : 19 fois sur 29 — soit 65,5 %. Mais où une disproportion apparaît, c'est lorsque l'on considère isolément les différentes variétés de kystes.

1° Kystes épithéliaux : Sur 8 cas, la répartition est identique : 4 sujets du sexe féminin, contre 4 du sexe masculin. Et l'on peut dire que fort vraisemblablement, dans ces cas, le sexe ne joue aucun rôle particulier.

2° Kystes endothéliaux : Il en est tout autrement. Dans ce

groupe, nous trouvons 11 femmes contre 4 hommes. La proportion en faveur du sexe féminin est donc de : 73,3 %.

Ce fait semble coïncider en partie avec les constatations qui avaient déjà été faites autrefois. Si l'on considère de plus qu'il s'agit de malades jeunes, on peut être amené à penser comme BIRCHER que la période d'activité génitale de la femme est une période qui prédispose vraisemblablement à la formation de kystes spléniques.

Ces différents résultats peuvent être résumés dans le tableau ci-dessous :

AGE	EPITHÉLIAUX		ENDOTHÉLIAUX		IMPRÉCIS	
	hommes	femmes	hommes	femmes	hommes	femmes
0 à 2 ans...	1					
2 à 10 ans...	1	1				
11 à 20 ans...	2	3	3	5	1	1
21 à 30 ans...			1	5		2
31 à 40 ans...				1		
41 à 50 ans..					1	1
Total	4	4	4	11	2	4
29						

CAUSES PRÉDISPOSANTES. — Il était classique dans tous les grands travaux d'ensemble de trouver invoquées, des causes prédisposantes à l'apparition des kystes non parasitaires de la rate. Or aucune de celles-ci ne nous a paru devoir être maintenue en ce qui concerne les vrais kystes à revêtement cellulaire.

Traumatisme. — Il a été très souvent indiqué jadis comme devant être la cause la plus fréquente (BIRCHER, LEJARS). Nous ne l'avons jamais rencontré dans les cas précis de kystes épithéliaux ou de kystes endothéliaux. Nous ne le retrouvons noté que dans trois cas : deux fois pour des kystes que nous n'avons pu classer avec précision (CREDE, MORESCHI et GHETTI), bien qu'ils présentent un revêtement cellulaire indiscutablement constaté ; et dans notre cas n° III où il s'agit d'un kyste ayant perdu son revêtement cellulaire. En-

core est-il juste de discuter dans ces trois cas la valeur réelle de ce traumatisme. Dans notre observation n° III, le traumatisme, qui avait été important il est vrai, puisque la malade était restée deux jours dans le coma, ne semblait pas cependant avoir porté particulièrement sur la région splénique. Il remontait à 21 ans déjà, et aucun signe macroscopique ni microscopique d'épanchement sanguin n'était retrouvé dans le liquide clair du kyste. Dans le cas de CREDE, le traumatisme remontait à 10 ans, et là non plus, aucun élément sanguin n'était retrouvé dans le liquide. D'autre part, la présence de revêtement cellulaire nettement perçu semble mal s'accorder avec la notion d'un hématome. Dans le cas de MORESCHI et GHETTI, le traumatisme était récent, il remontait à un mois, le liquide était franchement séro-sanglant. Mais la paroi était tellement nettement organisée, qu'on ne peut considérer le traumatisme dans ce cas, fort vraisemblablement, que comme une cause d'hémorragie intrakystique.

Nous en arrivons à conclure que, dans les vrais kystes, le traumatisme ne pourrait intervenir que comme cause de complications : hémorragie le plus souvent, mais peut-être aussi rupture. De plus lorsque le contenu kystique est hémorragique, la notion d'un traumatisme ne peut être retenue comme agent causal du kyste lui-même que s'il est relativement récent, ou si par ailleurs les caractères de la coque péri-liquidienne sont franchement ceux de l'enkystement d'un hématome.

Fragilité particulière du tissu splénique. — Divers facteurs avaient été accusés de fragiliser la pulpe splénique, de la rendre plus sensible à un traumatisme, à une hémorragie et ainsi à la création d'un kyste. En fait, nous venons déjà d'éliminer le second terme de cette proposition. Nous envisagerons cependant le premier et les différentes causes de fragilité splénique qui avaient été invoquées.

a) *Infections générales.* — Le paludisme, les infections typho-paratyphiques avaient souvent été regardés en tant que cause de splénomégalie, comme cause également de

troubles circulatoires et de modifications importantes de la résistance du parenchyme splénique : le paludisme n'a jamais été retrouvé dans un seul des cas que nous avons envisagés. Les infections typho-paratyphiques n'ont été rencontrées que dans le cas de POHLE (kyste épithélial). Mais il ne s'agissait là que d'une infection surajoutée, intercurrente. Le kyste, la splénomégalie du moins, étaient connus depuis près de 10 ans ; la typhoïde ne commençait à se manifester que depuis 48 heures. Cette infection est venue par une complication aiguë attirer l'attention sur le kyste préexistant.

b) *Grossesse*. — Elle semblait avoir été mise en cause. En ce qui concerne les kystes épithéliaux, cette hypothèse peut être formellement rejetée. Parmi les malades chez qui l'on a découvert des kystes endothéliaux, il n'est que la malade de FRANK, chez qui la tumeur se soit manifestée à l'occasion d'une grossesse. La grande majorité des malades n'avait jamais eu d'enfants.

c) *Menstruations*. — L'influence de la menstruation, les poussées congestives cataméniales de la rate, avaient été souvent incriminées. Si l'on ne peut la retenir dans les cas de kystes épithéliaux qui sont aussi fréquents chez les garçons que chez les jeunes filles, il est indiscutable qu'en ce qui concerne les kystes endothéliaux, il se trouve une forte majorité de femmes (73 %). Elles sont toutes en pleine période d'activité génitale. Peut-être pourrait-on retenir l'action de l'hypertrophie splénique cataméniale comme favorisant l'accroissement d'un kyste préexistant par un mécanisme proche, sinon même directement par celui de l'hémorragie intra-kystique.

ETUDE CLINIQUE

S'il existe vraiment une entité que l'on puisse désigner sous le terme de « *grands kystes solitaires de la rate* », suivant l'expression de POOL et STILLMANN, c'est bien l'allure clinique de l'affection qui permet de s'en rendre compte.

Le tableau clinique est dominé par la notion d'une splénomégalie chronique et isolée. Deux examens dont l'importance ne saurait trop être répétée permettent d'arriver à cette notion : l'examen radiologique et l'examen du sang.

Troubles fonctionnels

Les troubles subjectifs accusés par le malade sont variables, et dans leurs manifestations, et dans leur intensité.

Ils sont souvent extrêmement minimes et tels malades n'ont jamais présenté aucun trouble qui ne s'inquiètent qu'au moment de l'apparition d'une tumeur (BENTON, HEINRICIUS, KUBANYI, MONDRE, NOVAK, RICHER, ROYSTER, SANTY). Tels autres ont bien, depuis un certain temps déjà, remarqué une tuméfaction de l'hypochondre gauche mais, n'en souffrant pas alors, ils ne s'alarment que lorsque des troubles importants commencent à apparaître (BRANDBERG, CREDE, SHAWAN, SUCHANEK, TILTON, Obs. personnelle n° III). Parfois enfin, c'est par hasard, à l'occasion d'un examen complet au cours d'une affection intercurrente, que le médecin est amené à découvrir la tumeur splénique (MONTGOMERY, POHLE, Obs. personnelle n° I). Il est frappant de remarquer en effet combien ces kystes peuvent être admirablement supportés. Ce n'est que lorsque leur volume devient important qu'ils s'extériorisent, soit par leur masse ou leur volume, soit par des

troubles variés relevant de la compression des organes voisins.

TROUBLES DOULOUREUX. — Des douleurs peuvent attirer l'attention.

Parfois elles sont spontanées, survenant sans cause apparente. Très fréquemment elles sont exagérées par l'effort, par la marche.

Elles siègent dans l'hypocondre gauche, sous l'auvent costal.

Rarement continues, le plus souvent elles surviennent par périodes, par petits accès.

Leur intensité est très variable : s'il s'agit parfois de vagues sensations de pesanteur, d'endolorissement, voire même de simples fourmillements, il n'est pas rare de leur voir prendre l'allure pongitive d'un point de côté, entraînant de la dyspnée. Dans certains cas même leur intensité est extrême ; la malade de SANDERS, qui n'avait jamais souffert jusque-là est prise d'un point de côté atrocement brutal, d'emblée à son acmé, elle pâlit, son facies se pince, la syncope semble imminente. La malade de MONNIER, qui depuis deux mois présentait quelques endolorissements du flanc gauche, fait brusquement une crise douloureuse très violente. C'est à peu près encore le cas de la malade de notre observation n° III. Ces brusques paroxysmes sont en général de courte durée, tout rentre progressivement et le plus souvent en quelques heures dans l'ordre. Certains auteurs ont voulu rattacher ces crises douloureuses subites à une modification brusque de la tension intra-kystique et l'expliquent de façon fort vraisemblable par une poussée congestive ou une hémorragie intra-kystique. A certains (GATERSLEBEN) elle a fait redouter l'imminence de la rupture, et cette hypothèse nous semble en partie confirmée chez notre malade de l'observation III, dont le kyste présentait manifestement des traces de fissuration.

Quelques irradiations ont parfois été notées, surtout au moment des paroxysmes douloureux : il s'agit le plus souvent d'irradiations ascendantes et les malades de BRANDBERG,

de NOVAK les situent avec précision dans la région scapulaire gauche. Pour la malade de MONNIER, cette irradiation est moins nette : la région dorsale, sans plus préciser.

TROUBLES DE COMPRESSION. — Ce sont peut-être ces troubles que l'on rencontre signalés avec le maximum de fréquence.

Manifestations pulmonaires. — La *dyspnée* est très souvent rencontrée. Tous les intermédiaires sont décrits entre la simple sensation de plénitude de l'hypocondre gauche apparaissant au cours des inspirations profondes telle que la signale le malade de FOSSLER, et les crises de dyspnée douloureuse qui surviennent au cours du travail, à l'effort, à la suite d'une marche rapide. Bien souvent d'ailleurs les malades ne remarquent tout simplement qu'un essoufflement un peu plus facile qu'auparavant sans qu'il entraîne cependant aucune sensation douloureuse.

Manifestations cardiaques. — Le même mécanisme d'ascension de la coupole diaphragmatique gauche est-il sans doute aussi capable de déplacer la pointe du cœur (ceci semble avoir été contrôlé objectivement à l'examen radiologique par OSTRO et MAKOVER). Toujours est-il que certains patients accusent des palpitations, parfois même de légères sensations d'angoisse thoracique.

Manifestations gastriques. — Le déplacement, la déformation de l'estomac sont, nous le verrons, des symptômes radiologiques extrêmement importants, presque constants, souvent considérables et cependant il est curieux de noter combien les troubles fonctionnels gastriques sont peu fréquents, ou bien lorsqu'ils existent peu intenses. Le malade de SCOTSON n'accuse qu'une désagréable sensation de plénitude gastrique après les repas. Les nausées, les vomissements, ne sont notés que dans les observations de FUSS, de RICHER, de SHAWAN (n° 13). Certains auteurs, chez des malades qui se plaignaient de douleurs à irradiations ou même à siège épigastrique, font bien remarquer qu'il n'existe aucune relation entre ces phénomènes et l'horaire des repas dont le rythme ne les influence nullement. Quoi qu'il en soit, l'appétit est toujours extrêmement bien conservé.

Manifestations coliques. — La même remarque peut s'appliquer à l'intégrité fonctionnelle du côlon malgré la fréquence de compression de l'angle colique gauche et c'est encore dans l'observation de FUSSE seulement que l'on voit signalée une constipation opiniâtre.

Manifestations urinaires. — Elles semblent exceptionnelles et à proprement parler inexistantes même, dans la majorité des observations. Le malade de BENTON accuse de la polyurie.

Signalons cependant deux observations curieuses à cet égard. A peu près inexplicable est l'incontinence nocturne d'urine que l'on voit signalée dans l'observation du garçonnet de 14 ans que publie DINAND. Et cependant le fait que cette incontinence d'urine disparaîtra complètement après l'intervention montre bien qu'il existait une relation indiscutable entre elle et la tumeur. Aussi inexplicable est l'albuminurie qui avait amené à pratiquer un examen radiologique fonctionnel des reins chez le malade de notre observation II. Et ici encore ce symptôme disparaîtra après l'extirpation du kyste.

Troubles généraux

Le retentissement de l'affection sur l'état général ne semble pas avoir été bien considérable dans la grande majorité des cas.

Quelques malades ont accusé de l'asthénie surtout, parfois une sensation d'affaiblissement progressif, de lassitude qui s'accroît surtout le soir ou à la suite des efforts. L'amaigrissement n'a guère été noté que par les malades de LINDQVIST et de GATERSLËBEN.

Dans certains cas, des poussées fébriles ont été signalées, clochers thermiques fugaces que rien ne semblait expliquer ou parfois état subfébrile persistant. Remarquons cependant que c'est surtout chez des malades qui venaient de subir une brusque poussée douloureuse que ces faits ont été signalés. L'existence de fièvre pourrait toujours faire redouter

une infection du contenu kystique ; ce n'est que chez les malades de GATERSLEBEN et de POHLE que cette infection a pu être contrôlée. On peut en trouver ailleurs l'explication : le plus souvent, il semble que l'on doive incriminer la résorption d'une hémorragie intra-kystique.

Symptômes physiques

Devant la diversité, la multiplicité des symptômes fonctionnels et généraux qui ne présentent aucune allure franchement évocatrice, c'est à l'examen physique surtout que l'on demandera de révéler des symptômes qui puissent caractériser nettement les kystes spléniques.

ASYMÉTRIE DE LA RÉGION SOUS-COSTALE. — Surtout lorsqu'ils sont développés aux dépens de la face antéro-externe de la rate, les kystes entraînent une déformation visible de l'hypocondre gauche. Parmi les différentes splénomégalias, c'est à peu près la seule qui donne une déformation semblable. RAMOND a bien insisté sur ce fait qui serait, pour lui, presque pathognomonique de la nature kystique de l'hyperrophie splénique.

Le rebord costal inférieur est déjeté en dehors, la base de l'hémithorax semble plus large, plus ouverte que du côté opposé. Cette déformation est souvent manifeste dès la simple inspection surtout si l'on regarde le malade légèrement de 3/4. Elle peut être facilement contrôlée et mise en évidence par la mensuration comparée de la circonférence des deux hémithorax.

Une voussure déforme l'hypocondre gauche, elle bombe en avant, ses limites sont déjà parfois appréciables à l'œil nu. Il est bien évident que la mensuration peut encore être ici un moyen de contrôle objectif du volume de cette tumeur.

TUMEUR DE L'HYPONCONDRE GAUCHE. — La palpation montre facilement la cause tumorale de cette déformation. Si dans certains cas on n'a pu parler que d'une simple sensation de résistance anormale profonde sous-costale gauche, dans la majorité des cas on perçoit nettement l'existence d'une tu-

meur. Rapidement on acquiert la certitude que cette tumeur qui vient saillir dans l'hypocondre se continue sous l'aube costal et on la sent disparaître, s'engager progressivement sous le rebord des fausses côtes. La confirmation de ce fait on la trouve, lorsqu'en percutant, on arrive à délimiter une zone mate qui se continue sans interposition de zone sonore jusque dans la région thoracique, vers la ligne axillaire, allongée comme un ovoïde à grand axe oblique en bas et en dedans, occupant la région où l'on est habitué à trouver d'habitude la matité splénique.

Les limites de la tumeur que l'on précise tant à la percussion qu'à la palpation seront dessinées sur la peau et surtout reportées sur un calque qui permettra d'apprécier ses modifications ultérieures, son accroissement progressif.

On s'attache particulièrement à étudier son contour ; il est arrondi, à peu près régulier le plus souvent. En tous cas il est *exceptionnel d'y reconnaître l'aspect crénelé* que conserve toujours le bord antérieur de la rate dans les hypertrophies diffuses de cet organe et l'on ne trouve que rarement perçue l'existence d'encoches.

La *consistance* est ferme, résistante. Souvent la perception de fluctuation évidente est aisée ; souvent elle est soupçonnée seulement par une sensation de rénitence, de tension élastique.

La situation toujours franchement antérieure de la tumeur demande à être particulièrement précisée. C'est un globe qui saille directement sous la paroi abdominale. A moins qu'elle n'ait atteint un volume considérable, la tumeur ne peut jamais être perçue dans la région lombaire : on ne découvre ni contact lombaire, ni ballottement rénal. Et même alors que celui-ci pourrait exister il est facile de remarquer que le développement, la saillie de la tumeur sont prédominants en avant.

Pour compléter l'appréciation topographique de cette tumeur, il est utile de rechercher la situation des zones sonores normales. On voit alors fréquemment signalée la diminution de largeur de l'espace sonore de TRAUBE, donnant l'impres-

sion que l'estomac est refoulé vers la droite. Il en est de même du côlon et de la sonorité colique que l'on retrouve au pôle inférieur de la tumeur. Celle-ci apparaît ainsi comme une zone mate encadrée de régions sonores sur toute sa circonférence interne et inférieure.

La *sensibilité* est le plus souvent minime ; le kyste est en général insensible à la pression. Cependant, il est des cas où l'on peut déclencher ainsi une certaine douleur plus ou moins vive au cours de la palpation. Vraisemblablement s'agit-il dans ces cas de kystes qui viennent de subir une brusque poussée d'accroissement de tension, une hémorragie intra-kystique.

La *mobilité* de la tumeur demande à être précisée avec soins. Elle doit être recherchée aussi bien dans son expression passive, au cours des mouvements respiratoires, que dans son expression active au cours des manœuvres manuelles de palpation. Le plus souvent, la tumeur s'abaisse au cours de l'inspiration profonde et la mobilité splénique au cours des mouvements respiratoires se trouve ainsi conservée. La mobilisation manuelle donne des résultats fort variables : la mobilité peut être limitée par le volume de la tumeur elle-même ou par les adhérences que celle-ci a contractées. Parfois cependant on a pu la mobiliser franchement dans le sens transversal vers la ligne médiane, aussi bien que dans le sens vertical vers la crête iliaque ou vers la cavité abdominale et dans notre observation n° III il était possible de l'abaisser jusqu'au bord supérieur de la symphyse pubienne.

Un symptôme stéthacoustique a été signalé par MONNIER et par HEINRICUS : des frottements synchrones des mouvements respiratoires étaient perçus comparables au bruit de cuir neuf. Ce symptôme en réalité fort accessoire ne se rencontre que dans les cas où il existe une péricéplérite importante.

L'examen somatique général du malade permet alors d'affirmer qu'il s'agit là d'une manifestation tumorale absolument isolée.

Le foie est en général normal et si parfois il pouvait déborder le rebord des fausses côtes, ce n'était jamais que dans des proportions minimales. Il conservait par ailleurs tous les caractères de souplesse, de régularité et d'indolence que possède l'organe normal.

L'appareil cardio-vasculaire, l'appareil respiratoire, bien que dans certains cas puissent manifester quelques symptômes fonctionnels, ne présentent en général aucun signe objectif.

L'exploration des différentes régions ganglionnaires palpables, ne permet d'apprécier aucune tuméfaction notable.

Examens para-cliniques

Nous nous trouvons dans l'obligation de demander à différentes méthodes d'examen de venir confirmer ou même affirmer la nature kystique de cette affection. Dans un certain nombre de cas même, ces examens auront déjà pour but de reconnaître l'origine splénique de la tumeur.

EXAMENS RADIOLOGIQUES. — Les examens radiologiques sont surtout utiles pour affirmer l'origine splénique de la tumeur. Les différents symptômes qu'ils peuvent donner ont été rassemblés de façon fort précise dans le travail de OSTRO et MAKOVER.

1) *Le simple examen sans préparation* dessine souvent une image arrondie, d'opacité à peu près homogène, siégeant sous la coupole diaphragmatique gauche dont on peut apprécier derrière l'écran la mobilité respiratoire. La coupole diaphragmatique est fréquemment surélevée, plus haute qu'à droite, souvent limitée dans son jeu respiratoire. Les deux auteurs ci-dessus cités rapportent même que cette élévation du diaphragme entraînait une mobilisation de la pointe du cœur se caractérisant par un étalement transversal de l'ombre cardiaque.

2) *Exploration gastrique après repas opaque.* — Elle est particulièrement significative : deux éléments sont à noter, la déviation et la déformation de l'organe.

Déviation. — L'estomac est rejeté en masse vers la droite, se projette directement en avant de la colonne lombaire ; il est également fréquemment abaissé. Ce déplacement gastrique entraîne souvent un allongement de la portion abdominale de l'œsophage. Des modifications d'orientation du canal pylorique, du bulbe duodénal sont fréquemment notées : en particulier la position verticalement ascendante du canal pylorique. Parfois même ce déjettement vers la droite de l'estomac a pu entraîner avec lui le duodénum en masse ou intéresser, comme dans le cas de BENTON, la portion terminale du duodénum et le jéjunum.

Déformations. — Particulièrement intéressants sont les cas où l'image gastrique est déformée. Il existe alors une encoche de la grande courbure occupant la portion verticale de celle-ci. Si le contour en est parfois imprécis le plus souvent on peut distinguer sa régularité, son aspect arrondi « *comme dessiné au compas* ». Cet aspect permettant presque à coup sûr d'affirmer la nature kystique de la tumeur.

3) *Exploration colique.* — Le côlon gauche est lui aussi intéressé par la pression tumorale. Ce qui est le plus constant c'est la déviation, les images de déformation sont beaucoup moins facilement notées que sur l'estomac. Toute la portion gauche du transverse, l'angle splénique surtout, sont abaissés. La flexure liénale est sinon toujours plus basse que l'angle droit, au moins toujours abaissée au même niveau que lui. Cet abaissement pathognomonique d'une hypertrophie splénique ne manquait que dans de rares cas : dans notre observation n° III, cette absence a permis une erreur de diagnostic. Dans un cas également (FUMAGALLI), sur une radiographie de profil on pouvait voir l'angle colique gauche se dessiner derrière l'ombre splénique.

Dans certains cas assez rares, il sera possible de noter une déformation de l'angle colique. On verra se dessiner sur le contour du bord supérieur de cet angle une empreinte plane ou légèrement concave tranchant avec l'aspect normal régulièrement bosselé du côlon ; parfois même un rétrécissement du calibre colique peut se manifester.

4) *Exploration de l'appareil urinaire.* — Il est souvent difficile, sur les simples données de la clinique, d'éliminer une affection rénale. Pratiquées par voie endo-veineuse ou par voie ascendante rétrograde, les explorations pyélographiques sont alors d'un secours important. Ce qui est capital à noter, c'est que le rein n'est pas modifié dans son volume, que les cavités pyélo-rénales se dessinent normalement, sans aucune déformation. Mais la situation du rein peut être modifiée elle aussi. Tantôt, il n'est que légèrement abaissé, se projetant à un niveau un peu plus bas que le rein droit ; parfois il est franchement abaissé, en même temps qu'il est refoulé vers la ligne médiane. Dans le travail de OSTRO et MAKOVER, une reproduction radiographique montre l'ombre pyélo-rénale au flanc gauche de la quatrième vertèbre lombaire. Certains auteurs l'ont même montrée très bas, à cheval sur la margelle du bassin et la région sacro-iliaque.

EXAMENS DE LABORATOIRE.

1) *Examen de sang.* — Temps capital de l'étude de toute splénomégalie, il ne doit pas manquer d'être pratiqué ici. Il est absolument négatif. Aucune modification de la formule hématologique n'est décelable : globules rouges, globules blancs, plaquettes sont en nombre sensiblement normal ; la répartition des différentes formes leucocytaires est conforme à la normale. Un seul fait demande à être précisé : l'absence d'éosinophilie notable qui est un élément important du diagnostic avec les kystes parasitaires.

L'absence de modifications de la formule sanguine est l'élément dominant du diagnostic avec les autres causes de splénomégalie.

2) *Crise sanguine.* — Les épreuves qui tendent à mettre en évidence des troubles de la crise sanguine restent absolument négatives : qu'il s'agisse de l'épreuve du lacet, de la durée du temps de saignement, de la durée du temps de coagulation, ces deux dernières ne sont aucunement modifiées.

3) *Réactions biologiques.* — Aucun renseignement ne peut être tiré des réactions humorales spécifiques si ce n'est l'absence également de tout résultat anormal. Les réactions qui

tendent à mettre en évidence la nature parasitaire hydatique du kyste doivent être pratiquées cependant : réaction sérologique de déviation du complément à l'antigène hydatique de Weinberg, intra-dermo-réaction de Casoni qui a d'ailleurs dans ce but une valeur beaucoup plus absolue. Il est indispensable, en effet, de pouvoir éliminer avec certitude le kyste hydatique avant d'être autorisé à pratiquer une ponction exploratrice.

4) *Examen des urines.* — Il sera pratiqué soit sur les urines globales, soit sur les urines séparées provenant du rein gauche ; il peut alors avoir un intérêt complémentaire lorsque le diagnostic hésite entre une tumeur splénique et une tumeur rénale. L'absence de toute modification pathologique de l'excrétion urinaire vient alors confirmer les autres éléments du diagnostic.

Formes cliniques

Sous ce titre, nous ne nous donnons pas pour but de vouloir isoler, suivant la symptomatologie, des formes particulières. Nous ne pourrions que répéter que si les symptômes sont de nature très diverse, ils sont souvent peu nombreux chez un même malade ; que l'affection peut se révéler progressivement, qu'elle ne peut apparaître qu'à l'occasion d'une complication (hémorragie intra-kystique, fissuration, infection), qu'elle peut être découverte au hasard d'un examen médical complet.

Nous n'envisagerons ici qu'une seule variété qui, bien que peu fréquente, puisque nous n'en relevons que trois cas en ce qui concerne les vrais kystes de la rate, mérite d'être connue.

Le kyste de la rate en situation ectopique. — Même si l'on ne cherche pas à distinguer les Vrais des Faux kystes, les observations de tumeurs kystiques sur rate ectopique sont rares. En ce qui concerne les grands kystes tels que nous les avons compris, nous ne les avons rencontrés signalés que trois fois par : HEINRICIUS, PRIBRAM, ROYSTER. Ces trois cas

concernaient des femmes ; la tumeur était hypogastrique ou pelvienne et l'on conçoit aisément les difficultés que peut soulever pour un gynécologue la distinction entre celle-ci et les différentes tumeurs pelviennes beaucoup plus fréquentes. PRIBRAM s'est particulièrement attaché à essayer de distinguer parmi les symptômes les nuances qui pourraient évoquer l'origine splénique en ces cas. D'après cet auteur :

Les douleurs, même si elles sont perçues à leur maximum dans la région hypogastrique, manquent rarement de présenter une irradiation, d'éveiller un écho dans l'hypocondre gauche, parfois même jusque dans l'épaule gauche.

La mobilité de la tumeur est le plus souvent très importante. Et un signe qui semble plein de valeur est signalé dans le cas de HEINRICIUS : il est possible de faire remonter la tumeur jusque sous le rebord costal gauche.

Les rapports avec l'appareil génital doivent être précisés avec soin ; il importe de rechercher qu'il n'existe pas de pédicule qui relie cette masse à l'utérus : la palpation sous anesthésie générale, en position de Trendelenbourg, peut arriver à montrer que l'ascension de la tumeur n'entraîne absolument pas l'utérus.

Il faudrait réussir à palper les deux ovaires normaux pour éliminer à coup sûr le kyste ovarien. Un des meilleurs signes enfin pour PRIBRAM serait l'*absence de toute matité*, même ébauchée, dans l'*hypocondre gauche*, qui permettrait de conclure à l'absence de la rate à sa place normale.

Le diagnostic n'en peut, à vrai dire, être fait qu'exceptionnellement par la clinique ; c'est alors une découverte opératoire comme celle que signale ROYSTER qui, ayant posé le diagnostic de tumeur génitale, annexielle, voit la tumeur kystique qu'il vient de découvrir « *filer librement vers l'hypocondre gauche* ».

Evolution - Complications

L'accroissement de volume progressif et constant, telle est la notion que nous a donnée déjà l'étude anatomique. C'est

encore le fait qui va se dégager de la clinique. Lorsqu'il a été permis, chez certains malades, de suivre pendant parfois des mois ou même quelques années l'évolution de ces tumeurs, cette augmentation de volume n'a pas manqué d'être observée. Certains malades ont avoué connaître son existence depuis longtemps parfois : 4 ans (TILTON), 5 ans (SUCHANEK). Ils ont noté son accroissement eux-mêmes. Le peu de concordance existant entre le volume de la tumeur, la compression anatomiquement contrôlable des viscères voisins, et l'intensité des troubles fonctionnels ressentis en est la cause.

Mais bien souvent l'accroissement peut être rapide : en moins d'un an chez la malade de Jentzer la rate qui était tout juste percutable va occuper tout l'hypocondre gauche. Sur l'espace de six semaines chez le malade de notre observation n° I on note une évidente augmentation de volume.

L'HÉMORRAGIE INTRA-KYSTIQUE. — Si dans la grande majorité des cas l'hémorragie intra-kystique n'est qu'une découverte opératoire, aucun symptôme anormal n'étant venu en manifester cliniquement la traduction, elle peut être à l'origine d'une brusque poussée hypertrophique du volume du kyste.

Bien souvent alors, elle s'accompagne d'un syndrome assez caractéristique avec douleur brutale, point de côté angoissant, persistant pendant plusieurs heures, pendant quelques jours parfois. Le tableau le plus complet et le plus dramatique est décrit par SANDERS : sa malade accuse une douleur presque syncopale, d'une brutalité extrême. Elle présente un état de shock accentué : son facies se crispe, pâlit, ses traits se tirent. Ce syndrome alarmant persiste dans toute son intensité pendant une heure et ne commence à s'estomper lentement qu'au bout de ce temps. L'intérêt de tels phénomènes bruyants n'est pas à dédaigner. Ils viennent ainsi extérioriser la brusque poussée hypertensive intra-kystique et doivent sans aucun doute demander de hâter l'intervention opératoire par crainte d'une rupture imminente.

LA RUPTURE. — La rupture est possible, elle doit souvent être redoutée. Il n'existe pas cependant d'observation publiée

à ce jour, dans laquelle on trouve, semble-t-il, une rupture complète brutale en péritoine libre. Néanmoins, on peut assister à un syndrome de fissuration, et les constatations anatomiques faites dans notre observation III viennent expliquer une crise douloureuse qu'a présentée la malade quelques jours auparavant. A l'examen de la pièce, il existe manifestement la trace d'une fissuration récente obturée par l'épiploon. L'interrogatoire rappelant que 15 jours auparavant la malade a ressenti brusquement une crise douloureuse spontanée de l'hypocondre gauche qui s'est prolongée pendant trois jours, on peut sans aucune difficulté la rapporter à sa véritable cause : la fissuration de la paroi du kyste. En effet, si l'on pouvait également incriminer l'hémorragie intra-kystique dans notre cas, l'examen du liquide tant macroscopique que microscopique, qui ne permettait de découvrir aucune trace d'épanchement sanguin, aucune trace d'hématie, permettait à coup sûr de n'en rendre responsable que la fissuration.

INFECTION DU CONTENU KYSTIQUE. — N'envisageant ici que l'infection spontanée, nous ne pouvons retenir que deux observations : dans celle de GATERSLEBEN la traduction clinique est pour ainsi dire banale : la température s'élève rapidement à 39° ; les douleurs spontanées augmentent d'intensité et tendent à devenir permanentes ; la tuméfaction devient manifestement douloureuse à la pression. L'intervention que l'on se hâte de pratiquer montrera un liquide louche, trouble, « semblable à du pus ». Dans l'observation de POHLE, la tumeur était connue depuis 9 ans sans cependant que l'on s'en soit inquiété et que l'on ait cherché à en préciser l'origine. Brusquement la malade présente une fièvre en plateau à 40° ; on met en cause la tumeur splénique ; une ponction exploratrice ramène du liquide où l'on décèle de nombreux leucocytes et des bacilles ; craignant la diffusion de l'infection à la cavité péritonéale, on se hâte d'intervenir. Le liquide, à l'examen direct et à la culture, montre du bacille paratyphique pur. La suite de l'évolution de l'affection elle-même devait alors confirmer qu'il s'agissait bien d'une paratyphoïde.

DIAGNOSTIC

A. -- Diagnostic positif

Le diagnostic positif ne nous retiendra que quelques instants. La rareté des kystes spléniques peut être une cause de leur méconnaissance. Les troubles fonctionnels qu'ils entraînent sont souvent, nous l'avons vu, fort discrets. Aussi faut-il savoir en évoquer la possibilité en présence de troubles douloureux persistants de l'hypocondre gauche, savoir chercher alors une splénomégalie, mettre en œuvre tous les moyens d'investigation dont on peut disposer pour en établir la nature vraie. En pratique d'ailleurs le diagnostic positif se fera en deux temps : 1° établir qu'il s'agit véritablement d'une tumeur splénique ; 2° affirmer sa nature kystique.

1° AFFIRMER L'ORIGINE SPLÉNIQUE. — C'est souvent peut-être le temps le plus difficile du diagnostic. C'est que du point de vue clinique, en effet, manque le plus souvent, sinon toujours, l'élément indispensable que l'on est accoutumé à rencontrer dans le diagnostic de toute splénomégalie : la présence d'un bord antérieur tranchant présentant des incisures, ayant une allure crénelée. Ici cette constatation manque régulièrement, nous ne l'avons vue signalée que dans deux observations. La difficulté du diagnostic de splénomégalie est extrêmement accrue de ce fait ; c'est d'autres côtés qu'il faudra chercher les symptômes qui permettent d'y aboutir. En un mot, à un signe capital et facile à découvrir d'habitude, nous sommes obligés ici de substituer tout un groupe, tout un faisceau de constatations, dont aucune isolée n'a de valeur propre. Que l'une de celles-ci soit en discordance avec les autres, le diagnostic risque d'être aiguillé sur une fausse voie.

Cliniquement : Les faits que l'on cherchera à mettre en évidence sont : Le *siège de la tumeur* : de l'hypocondre gauche où on la sent bomber, elle se prolonge insensiblement et de façon continue sous le rebord costal derrière lequel son pôle supérieur disparaît.

Sa situation antérieure, fixe, immédiatement sous la paroi abdominale, sans qu'il soit possible d'obtenir ni contact lombaire, ni ballottement rénal.

La continuité de la *matité* tumorale avec la matité de la région où se projette habituellement la rate, et ceci sans interposition de zone sonore, sans qu'il soit possible de découvrir à côté d'elle une autre matité qui puisse représenter la rate. L'encadrement sonore de la tumeur par la sonorité gastrique en dedans, par la sonorité colique en bas.

La mobilité passive de la masse au cours des mouvements respiratoires. L'absence de mobilité transversale ou verticale importante dans la majorité des cas.

Radiologiquement : Les examens radiologiques sont d'une aide absolument indispensable pour chercher à mettre en évidence les déplacements ou les déformations des viscères voisins.

Du côté de l'estomac on recherchera la déviation vers la droite de toute la portion verticale de l'organe, la compression de sa grande courbure, l'orientation verticale du canal pylorique, l'allongement de la portion abdominale de l'œsophage.

Sur le côlon, on précisera l'abaissement de toute la portion gauche du côlon transverse et surtout de l'angle splénique. Sinon, sur des radiographies de profil, on aura soin de rechercher si cet angle colique ne se trouve pas en arrière de la tumeur.

Au niveau des reins on s'attachera surtout à préciser l'intégrité absolue de l'image des cavités pyélo-rénales, et de plus le fréquent déplacement du rein en bas et en dedans.

Du côté du diaphragme on recherchera l'élévation de l'hémicoupe gauche, la diminution de sa mobilité.

Parmi les examens radiologiques, citons une méthode qui

nous paraîtrait pleine d'intérêts dans certains cas difficiles : la splénographie endo-veineuse dénommée en Allemagne mélode de Radt, en Italie méthode de Bogetti et Stoppani. L'emploi de doses fractionnées semble la rendre peu dangereuse : BAUKE n'a vu qu'une réaction transitoire à 38° ; KRANDKA, sur 50 cas, n'a observé que 3 fois des vomissements et des nausées. BOGETTI, à la suite d'expériences et d'examens de sang pratiqués à longue distance, estime qu'à ces doses l'action radio-active sur les tissus semble nulle. D'autre part, dans le cas qui nous intéresse, il s'agit de sujets jeunes, de malades dont l'affection n'a pas lésé le parenchyme hépatique.

Lorsqu'il est difficile d'affirmer l'origine splénique de la tumeur, comme souvent en cas de kyste, elle permettrait d'affirmer son siège. Mais elle pourrait montrer également une déformation de l'ombre de la rate : soit franchement encochée par une image arrondie (BOGETTI), soit même réduite à de minces bandes de tissu.

2° AFFIRMER LA NATURE KYSTIQUE DE LA SPLÉNOMÉGALIE. — Les *arguments cliniques* que l'on devra retenir sont essentiellement les contours réguliers de la tumeur, et nous répéterons encore que lorsque les autres investigations ont permis de conclure à l'origine splénique d'une tuméfaction de l'hypocondre gauche, l'absence de bord antérieur crénelé, tranchant, doit être un argument quasi formel en faveur de la nature kystique de cette splénomégalie.

La consistance élastique parfois même la fluctuation dans les cas heureux où elle est nettement perçue sont de grande valeur.

Quant à la ponction exploratrice, elle doit être, nous semble-t-il, employée avec restriction d'un certain nombre de précautions. Inoffensive en général dans les splénomégalies, en cas de kyste splénique un certain nombre de dangers sont à redouter qui doivent être pris en considération : elle risque de déclencher une hémorragie intra-kystique, d'amorcer une fissuration ou une rupture. Elle menace surtout d'infecter le contenu kystique et par propagation la grande cavité péri-

tonéale. Ce n'est pas qu'elle doive être proscrite ; la ponction exploratrice, en ramenant du liquide, peut utilement participer au diagnostic ; une seule réserve s'impose : l'intervention radicale ne doit pas être trop retardée.

Et, de plus, elle ne peut être employée qu'après que l'on ait éliminé avec certitude la possibilité d'un kyste hydatique.

Parmi les *images radiologiques*, ce sont surtout les images gastriques qui permettront de conclure à la nature kystique de la tumeur. C'est le contour régulier, arrondi, comme tracé au compas de la lacune de compression dessinée sur la grande courbure qui présente une valeur pathognomonique indiscutable.

Parmi les *examens de laboratoire* : l'intégrité absolue de la formule hématologique doit être retenue comme un argument de grande valeur, essentiel, de distinction parmi les splénomégalias.

B. -- Diagnostic différentiel

I) AFFIRMER L'ORIGINE SPLÉNIQUE de la tumeur, telle est la difficulté majeure du diagnostic avons-nous dit. Parmi les tumeurs du quadrant supérieur gauche de l'abdomen, deux nous semblent particulièrement difficiles à éliminer : les tumeurs rénales et les tumeurs de la queue du pancréas.

Tumeurs rénales. — En théorie, ce diagnostic est facile : le contact lombaire, le ballottement rénal sont des éléments de premier plan. Mais certains gros reins à évolution antérieure peuvent perdre ces caractères.

La disparition fréquente de la mobilité splénique dans les cas de grands kystes ne peut pas non plus être retenue.

Un symptôme plus important serait l'existence de la sonorité colique barrant la face antérieure de la tumeur dans les cas de tumeurs rénales. Mais il existe des cas fréquents où une telle tumeur s'encadre dans l'angle colique gauche, de telle sorte que cette zone sonore transversale, prétumorale, ne peut être mise en évidence. En pratique ce sera surtout

aux examens radiologiques que l'on aura recours : l'examen colique, la recherche de la situation de l'angle colique gauche : repoussé en avant ou encadrant la tumeur, il pourra être regardé comme un excellent symptôme en faveur d'une tumeur rénale. A l'uretéro-pyélographie, par voie endoveineuse ou par voie rétrograde, on demandera de préciser les déformations des cavités pyélorénales. Un excellent adjuvant dans ce cas pourrait être également l'examen des urines prélevées par catéthérisme de l'uretère pour mettre en évidence des troubles de la fonction sécrétrice du rein.

Tumeurs para-rénales. — Les tumeurs para-rénales peuvent-elles aussi être envisagées dans ce cadre. L'intégrité de l'appareil pyélo-rénal, la fréquence de la situation sus-jacente à l'angle splénique du côlon, viennent ici s'ajouter à une symptomatologie clinique qui manque de tout signe pathognomonique, rendant ainsi le problème presque insoluble.

Tumeurs du lobe gauche du foie. — Qu'il s'agisse d'une tumeur kystique ou d'une tumeur solide, on peut dans certains cas en envisager la possibilité. Deux arguments sont à retenir surtout dans cette discussion :

Continuité de la matité tumorale avec la matité hépatique dans le cas de tumeur du lobe gauche. — Existence d'une zone sonore, tympanique, entre une tumeur splénique et la matité hépatique (POTEREL-MAISONNEUVE, HEINRICIUS).

Tumeurs de l'angle colique gauche. — Ce n'est qu'en présence de petites tumeurs que l'on pourrait retenir cette discussion, dans les cas où bien souvent la tumeur n'est pas nettement perçue et ne donne qu'une sensation diffuse de résistance profonde. Mais il s'agit souvent d'ailleurs de malades plus âgés. Il n'est pas rare d'arriver à découvrir des troubles coliques plus importants. Et en pratique le plus souvent le diagnostic sera facilement fait par la radiographie colique qui montrera des déformations importantes, l'image lacunaire par atteinte des parois coliques.

Si l'on a formellement découvert la fluctuation et que la nature kystique de la tumeur ne fasse plus de doute, la fré-

quence des kystes du mésentère et des tumeurs kystiques de la queue du pancréas oblige à discuter particulièrement ces diagnostics.

Kystes du mésentère. — Ceux-ci sont peut-être faciles à éliminer. Leur situation est plus médiane en général, ils n'ont pas souvent tendance à s'engager en partie sous le rebord costal. Leur mobilité est beaucoup plus grande ; ils se déplacent facilement tant dans le sens transversal que dans le sens vertical. Leur situation sous-mésocolique, facilement contrôlable par l'examen radiologique, est peut-être le signe qui présente le plus de valeur en leur faveur. Et nous avons vu dans notre observation n° III que la situation de la tumeur au-dessous de l'angle colique gauche, associée d'ailleurs à sa grande mobilité, avait fait poser le diagnostic de kyste du mésentère, sans même que l'on discute la possibilité de splénomégalie kystique.

Kystes de la queue du pancréas. — Les tumeurs kystiques de la queue du pancréas, qu'il s'agisse de vrais ou de faux kystes, sont extrêmement difficiles bien souvent à distinguer, surtout lorsqu'elles se développent dans la portion gauche de cet organe. Elles aussi ne se palpent qu'en avant. Elles aussi sont fixes. Peut-être faut-il chercher à retenir la fréquence relative de leur forme plus ou moins allongée transversalement.

La matité colique les surplombe en général. C'est à la radiographie surtout qu'elles pourront être le plus facilement distinguées. Le plus souvent, en effet, affirment SEHMISCH et PRIBRAM, en se développant, ces tumeurs ont tendance à s'engager entre les deux feuillets du mésocôlon transverse qu'elles décollent. Et PRIBRAM conclut que le côlon transverse se projette toujours au-dessus des tumeurs pancréatiques : soit à distance, soit le plus souvent longeant immédiatement leur bord supérieur.

En conclusion, il convient de retenir que les deux diagnostics les plus difficiles à éliminer sont posés par les tumeurs rénales à évolution antérieure, par les kystes pancréatiques.

Bien souvent ce n'est qu'une intervention exploratrice, il faut bien le reconnaître, qui viendra trancher ce débat hésitant. Peut-être est-ce ici, nous semble-t-il, que la splénographie pourrait être employée avec profit pour arriver à un diagnostic clinique précis.

La difficulté du diagnostic entre les kystes spléniques et les tumeurs d'origine rénale ou pancréatique ne semble pas pouvoir être mieux illustrée, nous semble-t-il, que par l'observation suivante d'une malade que nous avons eu l'occasion d'examiner dans le service de notre Maître, le Professeur GRÉGOIRE :

Il s'agissait d'une femme âgée de 74 ans (Ke... Céline), entrée dans le service le 4 avril 1939 pour une tumeur de l'hypocondre gauche. La malade prétend avoir constaté l'existence de cette tumeur depuis déjà trois ans. Cette tumeur s'est accrue progressivement mais de façon discontinue, irrégulière, et elle aurait été, paraît-il, plus volumineuse qu'elle ne l'est au moment de l'hospitalisation. Pendant très longtemps, jusqu'au cours de l'année dernière, la malade n'a jamais ressenti aucun phénomène douloureux et elle a refusé l'intervention qui lui avait été proposée déjà lorsqu'on avait par hasard découvert cette tumeur. Mais, depuis six mois, des douleurs sont apparues. Il s'agit de douleurs extrêmement violentes du flanc gauche, souvent lancinantes, présentant parfois des paroxysmes que la malade compare à une sensation de déchirement. En même temps, l'état général semble avoir été atteint, la malade a notablement maigri sans qu'elle puisse préciser dans quelles limites. Par ailleurs, il n'y a aucun trouble digestif, aucun trouble urinaire, en particulier pas d'hématurie.

A l'examen, on découvre une tumeur de l'hypocondre gauche saillante, globuleuse, au-dessous du rebord costal. Cette tumeur déborde le rebord costal de plus d'un travers de main sur la ligne mamelonnaire. Elle est bien limitée en bas, où elle atteint une ligne horizontale passant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, bien limitée en dedans : elle reste distante de trois travers de doigt de la ligne médiane, bien limitée en dehors où elle atteint la ligne axillaire antérieure. Sa consistance est ligneuse. Sa surface est lisse, régulière. Elle n'est pas douloureuse à la pression. Elle est franchement mate, sa matité se prolonge sans interposition de zone sonore sur une hauteur de 4 travers de doigt sur le thorax. Dans l'ensemble, la zone mate ainsi déli-

mitée est de forme ovoïde, dont le grand axe oblique en bas et en dedans, mesure environ 12 cm. On ne peut pas percevoir de bord tranchant crénelé, mais au contraire des bords mousses et arrondis. Cette tumeur est très antérieure, perçue directement sous la paroi abdominale amaigrie. Elle est assez mobile. Dans le sens antéro-postérieur on arrive, bien que très difficilement, à perce-



FIG. 1. — Obs. Ke...
Côlon après lavement baryté.

voir un ballotement. Dans le sens transversal, lorsque l'on incline la malade sur le côté droit, on note que le pôle inférieur de la tumeur se déplace, il se rapproche de la ligne médiane, remonte et vient ainsi presque au niveau de l'ombilic.

A la suite de ces constatations cliniques, le diagnostic est extrêmement hésitant : s'agit-il d'une tumeur splénique, d'une tumeur rénale, d'une tumeur pancréatique ? On ne peut absolument trancher ces hésitations. Un examen radiologique est alors pratiqué.

Le cadre colique est injecté par un lavement baryté : on précise alors qu'il n'existe pas de rapports intimes entre la tumeur et le côlon mais que l'angle colique gauche est très abaissé, sans cependant que le passage et le remplissage coliques soient modifiés (voir fig. 1). Une urétéro-pyélographie rétrograde est pratiquée.

L'ombre rénale est extrêmement déviée. Elle se projette au ni-



FIG. 2. — Obs. Ke...
Uretéro-pyélographie du rein gauche.

veau de la région sacro-lombaire en avant de L_5 et l'uretère décrit des sinuosités sans présenter cependant de coudure importante. Le rein semble basculé sur son axe (voir fig. 2).

Examen de sang : globules rouges 3.400.000, plaquettes 210.000, globules blancs 7.000, polynucléaires neutrophiles 70 %, polynucléaires éosinophiles 2 %, grands mononucléaires 2 %, moyens mononucléaires 8 %, lymphocytes 17 %, myélocytes 1 %. Rien ne permet alors de préciser s'il s'agit d'une tumeur splénique ou

d'une tumeur pancréatique et c'est dans ce but que l'on décide de pratiquer une intervention exploratrice.

Intervention (Op. Professeur Grégoire). — Anesthésie locale. Une incision horizontale transversale partant de la ligne axillaire antérieure à mi-distance entre le rebord costal et la crête iliaque est menée jusqu'à la ligne médiane. On découvre une tumeur d'allure kystique : des adhérences épiploïques multiples et véla-menteuses font croire tout d'abord qu'il s'agit d'une tumeur rétro-péritonéale. Mais la libération de ces adhérences montre qu'il s'agit vraiment d'une tumeur intra-abdominale. Malgré une appa-rence de fluctuation perçue au palper direct une ponction explo-ratrice ne ramène pas le liquide. L'exploration manuelle de la loge sous-phrénique gauche ne découvre pas la rate et il semble alors évident qu'il s'agit d'une tumeur splénique. Cette tumeur est du volume d'une tête de fœtus à terme, ovoïde, à grand axe oblique en bas et à droite, sa surface est régulière, mais sa colo-ration n'est pas homogène : bleutée à son pôle inférieur, elle pré-sente de larges plages blanchâtres d'allure fibreuse sur le versant antérieur de son pôle supérieur. On pratique alors une biopsie : sous une capsule épaissie (4 cm. environ), blanchâtre, on trouve de la pulpe rouge et saignante. Après avoir ramené un lambeau épiploïque en avant de la zone de biopsie, on ferme la paroi en un plan sans drainage. Les suites opératoires sont absolument normales et la malade sort guérie au dixième jour. S'il s'agit vrai-ment d'une tumeur splénique, et l'examen microscopique a net-tement confirmé que le fragment prélevé était véritablement cons-titué par du parenchyme splénique, il est par contre impossible de préciser la nature de cette tumeur.

Tumeurs pelviennes et kystes de la rate ectopique. — Nous ne reviendrons pas ici sur les extrêmes difficultés de ce diagnostic. Nous en avons envisagé les différents éléments au cours de l'étude clinique. Mais il nous semble qu'un fait puisse être rappelé encore : c'est la nécessité d'un examen sous anesthésie générale qui permet seul d'apprécier l'ab-sence de connexions entre cette tumeur et l'utérus, l'intégrité des annexes, le refoulement de la tumeur vers l'hypocondre gauche.

II) LA SPLÉNOMÉGALIE RECONNUE. lorsque manque la cons-tatation pathognomonique de la fluctuation, il importe es-sentiellement comme premier temps du diagnostic de venir affirmer qu'il s'agit d'une splénomégalie chronique isolée.

Et en pratique c'est la constatation de l'absence de toute modification importante de la formule sanguine, un chiffre leucocytaire sensiblement normal, l'absence de troubles de la crase sanguine qui seront des arguments d'une valeur capitale restreignant dans une certaine mesure les limites d'un problème par ailleurs extrêmement délicat.

1) *Chez l'adulte jeune.* — En général rapidement, dès le premier examen, on arrive à ce résultat. L'examen clinique, un examen de sang ont tôt fait d'éliminer les syndromes splénomégaliqes avec modifications sanguines et adénopathies : maladie de Hodgkin ; leucémies ; lymphadénies. — Les syndromes splénomégaliqes avec modifications sanguines du type hémophilo-hémogénique dans lesquels la splénomégalie est d'ailleurs le plus souvent modérée, ou du type hémolytique.

Il en serait de même, dans les cas déjà plus rares où il s'agirait d'adultes ayant dépassé la trentaine, pour les différentes cirrhoses : cirrhose à gros foie, cirrhose de Laennec ou maladie de Banti a son troisième stade.

a) En fait dans ce diagnostic c'est la Maladie de Banti, à son début, qui nous a semblé présenter les plus grandes difficultés, alors qu'elle ne se présente que sous l'aspect d'une splénopathie isolée. Et c'est ainsi que nous voyons souvent des auteurs ayant reconnu la splénomégalie poser un diagnostic d'affection hépato-splénique débutante (DINAND, HOWALD, MONTGOMÉRY, SANTY). En effet, la splénomégalie est modérée, n'entraîne encore que quelques troubles douloureux vagues de l'hypocondre gauche qui évoluent souvent par accès ; l'augmentation de volume se produit elle aussi fréquemment par poussées successives. C'est un tableau bien proche de celui que nous avons trouvé dans bon nombre de kystes spléniques. Aussi ne saurait-on trop insister sur les petits symptômes qu'il faut savoir rechercher et apprécier. Les modifications sanguines sont souvent encore très discrètes. Il importe de donner toute leur valeur à une légère anémie, à une diminution du nombre des globules blancs souvent encore légère, leucopénie avec tendances à la mononucléose.

b) *Splénomégalias tumorales*. — Certaines splénomégalias tumorales peuvent encore présenter quelques similitudes avec les grands kystes. La tuberculose splénique, la syphilis splénique, sont rares ; elles pourront être évoquées s'il existe quelques adénopathies.

Les tumeurs primitives de la rate, les tumeurs malignes, les sarcomes surtout seront difficiles bien souvent à reconnaître. En faveur du sarcome on pourrait retenir la fréquence d'adénopathie, la sensibilité souvent manifeste de la tumeur à la pression, l'accroissement de volume rapide, souvent l'impression de présence de zones de consistance inégale. C'est alors que l'on pourrait avec succès avoir recours à la ponction exploratrice pour rechercher s'il s'agit d'une tumeur liquide ou solide et surtout après étalement et examen de la lame ainsi faite, s'assurer qu'il n'existe pas de signes de malignité. Ces tumeurs sont en effet une contre-indication formelle de la splénectomie.

Or, en pratique, ce diagnostic est souvent extrêmement difficile, d'autant plus qu'il existe des tumeurs malignes dégénérées ramollies, qui prennent une consistance fluctuante, pseudo-kystique. Nous n'en retiendrons pour exemple que trois cas : l'un est constitué par une observation personnelle de la thèse de CALLOUST (Obs. n° II). Le deuxième exemple est une observation de USADEL, et le troisième est une observation que nous avons empruntée dans les dossiers de notre Maître, M. le Professeur GRÉGOIRE. Elle est extrêmement suggestive de ces difficultés : en effet elle permet d'évoquer le diagnostic de toutes les splénomégalias primitives sans même que l'examen histologique puisse arriver à en affirmer la vraie nature :

OBS. 19740. — Bur... David, 67 ans. Ce malade entre dans le service le 12 mars 1937 pour des douleurs de l'hypocondre gauche qui semblent liées à l'existence d'une splénomégalie. L'interrogatoire est extrêmement difficile, le malade parle mal le français, cependant on peut arriver à obtenir un certain nombre de renseignements : il y a huit mois, l'abdomen a commencé à augmenter de volume sans d'ailleurs que le malade ressente la moins

dre douleur. Cette augmentation de volume, progressive, a duré pendant 5 mois environ, puis elle a cessé sans qu'aucun traitement ait été appliqué. Mais c'est à ce moment que le malade a commencé à souffrir. Les douleurs, d'abord localisées à la fosse iliaque droite, ont rapidement gagné l'hypocondre gauche où elles sont restées précises depuis 3 mois. Ces douleurs n'irradient pas spontanément. Elles ne sont accompagnées d'aucun signe digestif. Le malade n'a pas présenté d'hémorragies d'aucune sorte.

Examen : On se trouve en présence d'un malade pâle. Il existe une voussure de l'hypocondre gauche et de la partie inférieure du rebord costal gauche. L'abdomen est indolore, dépressible à la palpation dans les deux fosses iliaques et dans l'hypocondre droit. Une tumeur occupe la partie supérieure gauche de l'abdomen : c'est une masse ferme, lisse, qui remplit tout le flanc et tout l'hypocondre gauches, atteignant à peu près la ligne médiane ; en bas et à gauche elle reste distante de 2 travers de doigts de la crête iliaque. Sa limite présente au-dessus et un peu à gauche de l'ombilic une incisure qui signe sa nature splénique. Cette masse n'est pas mobile avec la respiration, pas non plus avec les changements de position du malade. La palpation est sensible sur son bord interne et droit et entraîne une irradiation scapulaire gauche. Cette tumeur est mate, sa matité se continuant sur le thorax, et elle présente une largeur d'un travers de main au niveau de ligne axillaire. Cette splénomégalie est isolée : le foie est normal, il n'y a pas d'ascite, pas de matité déclive. Les poumons sont normaux, le cœur normal. Tension artérielle : 14-8,5. Quelle est l'étiologie de cette splénomégalie ? On ne trouve pas de paludisme dans les antécédents. On ne trouve aucun signe de spécificité : pas d'aortite, pas de signes nerveux, B.-W. négatif. Pas de signes de tuberculose. Cependant on retient l'existence d'une cicatrice de la fosse iliaque droite : le malade aurait subi une appendicectomie et aurait été drainé pendant de longs mois. Mais il n'existe aucun autre signe clinique de bacillose. La radiographie pulmonaire est normale.

S'agit-il d'une maladie du sang ? On demande une formule sanguine : globules rouges 4.210.000, globules blancs 8.100, polynucléaires neutrophiles 76 %, polynucléaires éosinophiles 3 %, moyens mononucléaires 7 %, grands mononucléaires 9 %, lymphocytes 7 %.

Mais on ne trouve que 92.000 hémato blasts.

Temps de coagulation : 8 minutes. Temps de saignement : 4 minutes.

Intervention le 20 mars 1937 (Op. Professeur Grégoire). — On intervient sur le diagnostic probable de kyste de la rate. In-

cision habituelle en L de l'hypocondre gauche. La rate, une fois dégagée du tablier épiploïque qui adhère à sa face antérieure, apparaît déformée par une masse d'allure kystique, intra-parenchymateuse, occupant toute la partie supéro-droite de l'organe, du volume d'une grosse tête d'adulte. Pas d'ascite, foie normal. Ponction de la tumeur : 3 litres de liquide purulent, pas de fausses membranes, mais des débris sphacéliques semblant venir non d'une coque, mais du tissu splénique : le diagnostic de sarcome est évoqué. Un drain n° 40 est placé dans la cavité qui s'engage loin sous la coupole diaphragmatique. Fermeture de la paroi. Suites opératoires : le malade sort le 15 avril. Il est très fatigué. L'orifice de drainage n'est pas encore fermé.

Examen histologique : La tumeur a été examinée par de nombreux anatomopathologistes (Professeur MOULONGUET, Docteur OBERLING, Docteur HUGUENIN) : les hypothèses soulevées ont été variées : splénome de Ménétrier, réticulo-sarcome, lymphogranulomatose.

2) *Chez les enfants.* — Souvent les kystes spléniques sont découverts chez des sujets jeunes et un certain nombre d'affections peuvent être discutées chez ceux-ci.

1) Syndrome anémique pseudo-leucémique de VON JACKSLUZET : Il donne une splénomégalie souvent considérable. Il s'agit souvent, il est vrai, d'enfants pâles, dont l'état général semble déficient. C'est surtout l'examen hématologique qui devra mettre en évidence : une légère leucocytose, une hypohémoglobulinémie souvent assez marquée, la présence d'hématies nucléées.

2) Maladie de Gaucher : Sa splénomégalie est souvent importante, elle s'accroît lentement. C'est pourquoi on recherchera si l'affection ne présente pas un caractère familial. Les ponctions spléniques et sternales couplées seront d'un intérêt considérable en montrant la présence des cellules géantes de Gaucher.

3) Le Kala-Azar : Il est rare dans nos climats. C'est la ponction splénique qui, le plus souvent aussi, permettra de le reconnaître en montrant dans le frottis la présence de parasites.

III) Parfois la coexistence de fluctuation et de la per-

ception de contours arrondis ont permis rapidement de conclure à la nature kystique de la splénomégalie. Il importe alors de tout mettre en œuvre pour affirmer qu'il ne s'agit pas d'un kyste hydatique. L'étude des antécédents, la recherche de l'éosinophilie sanguine, l'intradermo-réaction de Casoni surtout, permettront d'arriver à ce résultat. Il y a un énorme intérêt à y parvenir : c'est qu'il faudrait alors absolument interdire la ponction exploratrice avec ses dangers d'inoculation péritonéale et pariétale. Il faudrait également savoir s'imposer au cours de l'intervention qui serait décidée un certain nombre de précautions indispensables pour parer à ces dangers de diffusion. Ce n'est qu'alors, lorsque le kyste hydatique sera éliminé avec certitude, que l'on pourra être autorisé à pratiquer la ponction exploratrice ; c'est donc en pratique à ce moment seulement, si l'on désire arriver à un diagnostic clinique précis, que l'on pourra essayer de distinguer l'une de l'autre les différentes variétés de tumeurs kystiques de la rate. C'est essentiellement la distinction des faux-kystes hémorragiques que l'on peut espérer envisager alors. Déjà les antécédents traumatiques qui sont presque toujours facilement retrouvés, le plus souvent récents, pourraient être considérés comme un argument diagnostique important. On peut également retenir dans ce sens un certain nombre de causes de fragilité particulière du tissu splénique : maladies infectieuses telles que le paludisme, la typhoïde, ou une infection puerpérale, et chez la femme la notion de nombreuses grossesses antérieures. La ponction exploratrice est alors le seul moyen d'arriver à ce diagnostic ; mais en réalité elle renseignera tout au plus sur la nature hémorragique du contenu kystique ; ce n'est pas suffisant, nous le savons, pour affirmer qu'il s'agit d'un faux kyste, puisque des modifications par hémorragies intra-kystiques sont possibles dans les vrais kystes.

IV) C'est l'examen anatomique qui permettra seul en définitive de faire le diagnostic entre les différentes tumeurs kystiques de la rate : l'existence de la paroi fibreuse propre,

continue, facilement clivable, est à notre avis le seul critérium absolu des vrais kystes. L'examen histologique permettra de reconnaître le type du revêtement cellulaire. Mais son absence ne doit pas être considérée comme le test absolu de la nature pseudo-kystique de la tumeur, elle ne doit que le faire envisager comme un kyste qui a perdu son revêtement et ne peut être qu'un obstacle à sa classification précise.

TRAITEMENT

Le traitement de choix des grands kystes de la rate est la splénectomie.

Le but thérapeutique recherché, indispensable, est la suppression définitive d'une tumeur qui peut se compliquer de rupture, d'hémorragie intra-kystique, d'infection, ou qui simplement, par l'accroissement progressif et continu de son volume, peut entraîner des douleurs, des troubles de compression importants des viscères abdominaux. La splénectomie est seule capable de répondre à ce désir. C'est ce qui résulte de la lecture des nombreux travaux qui, traitant des kystes non parasitaires de la rate, comparent les différentes méthodes employées et les résultats qu'elles ont donnés. En effet, depuis 1867, depuis la première tentative thérapeutique de PÉAN, de nombreux moyens thérapeutiques ont été essayés, avec des résultats très variables. Il est à peu près impossible dans l'étude thérapeutique de dissocier strictement les différentes variétés de kystes auxquelles ces méthodes ont été appliquées. Et en pratique, quelle que soit cette variété, le but que l'on se propose n'est-il pas toujours le même ? C'est pourquoi les échecs, les complications ou les heureux résultats d'une méthode peuvent être envisagés en un bloc réunissant toutes les tumeurs kystiques de la rate. Nous envisagerons successivement les différentes méthodes qui ont été employées, nous montrerons leurs résultats et, si cela peut être un argument à retenir, nous essaierons de voir à quel type de kyste elles avaient été appliquées.

1° PONCTIONS ÉVACUATRICES : Elles ont été pratiquées 9 fois. Il ne s'agissait que de faux kystes hémorragiques traumatiques. Les 5 guérisons qui ont été obtenues ne sont pas surprenantes si l'on songe qu'il ne s'agit alors que de

l'évacuation d'un hématome. Mais sur les 8 résultats connus on trouve également : 2 malades non guéris (REIMANN, BACCELLI), 1 infection grave dès la deuxième ponction, nécessitant une large incision de drainage (LEJARS).

2° PONCTIONS SUIVIES D'INJECTIONS DE CAUSTIQUES : Elles ont eu des résultats beaucoup plus désastreux. Sur 4 cas où cette méthode est pratiquée on ne trouve qu'une seule guérison (MARCANO et FEREOLE) et encore n'est-ce qu'au prix d'une fistule qui suinte pendant plus de trois mois. Le total des guérisons s'élève donc à 25 %. L'immense danger de cette tactique réside dans l'infection, c'est ce que l'on voit se réaliser dans trois cas (75 %). Un des malades (BELLOT) peut être sauvé par un large drainage. Deux malades meurent de péritonite (PÉAN et QUINTARD) ; et l'un malgré une incision de drainage. La mortalité est donc de 50 %.

3° MARSUPIALISATION : FOWLER cite 12 cas de marsupialisation. FINKELSTEIN en cite 19. Si la mort n'est survenue que dans un cas, par infection (POWERS), les guérisons qui ont été obtenues dans les autres cas, l'ont toujours été au prix d'une très lente cicatrisation : 3 mois 1/2 (BAGINSKI), 5 mois (BARADULIN), 1 an (HEURTEAUX).

4° RÉSECTION PARTIELLE. ENUCLÉATION : Il existe toujours dans les cas de vrais kystes un plan de clivage, avons-nous dit, mais il est extrêmement difficile de le trouver au cours de l'intervention et dangereux de le tenter. L'hémorragie est le plus gros danger que l'on puisse alors rencontrer : elle peut être importante au cours même de ces tentatives d'enucléation ; mais surtout elle peut se produire secondairement, dans les jours qui suivent l'intervention. Comme le fait remarquer RICHER, les artères de la rate sont des artères terminales, un infarctus peut se produire favorisant l'éventualité d'un saignement secondaire. Ce danger d'hémorragie avait déjà été signalé par HEINRICIUS, par MONNIER, par JORDAN. Pour essayer de l'empêcher, craignant les difficultés de la suture d'un parenchyme splénique fragile qui se déchire facilement, FUMAGALLI a eu recours à une suture pratiquée sur l'appui d'un lambeau épiploïque. Mais ce n'est pas

là le seul danger, et la malade de BIRCHER, si elle ne meurt pas d'hémorragie, succombe à un syndrome occlusif. Au cours de l'autopsie, on découvrira une anse intestinale qui est venue se fixer à la tranche de section splénique, s'est cou-dée et a étranglé les anses intestinales voisines.

FINKELSTEIN, sur les 7 cas qu'il rapporte, ne trouve qu'une mort, vraisemblablement s'agit-il de cette malade de BIRCHER. Depuis ce travail, on peut ajouter trois cas suivis de guérison : FUMAGALLI, ORLOFF, SANDERS.

5° SPLÉNECTOMIE : Les résultats de la splénectomie en cas de kystes non parasitaires de la rate sont de loin supérieurs à la moyenne des résultats de tous les autres procédés opératoires. En 1924, FOWLER, sur 34 cas où elle avait été pratiquée et dont les résultats étaient connus, ne trouvait qu'un seul décès, soit une mortalité de 2 %. Depuis cette date, nous avons retrouvé environ 45 cas de kystes non parasitaires traités par cette méthode. Parmi eux un seul décès (malade de MONTGOMÉRY). Soit donc, sur un total de 79 splénectomies, deux décès seulement. La mortalité moyenne reste donc très légèrement supérieure à 2 %. Et parmi les 29 observations que nous gardons, indiscutables de kystes à revêtement cellulaire, il n'existe qu'un seul décès.

Technique. — La technique de la splénectomie pour kystes de la rate ne diffère pas sensiblement de la technique générale de la splénectomie. Une seule particularité doit être retenue et mérite d'être signalée dans ces cas. Le volume du kyste est souvent important. Son extirpation peut être alors particulièrement difficile. La tension, la minceur fréquente de la paroi au point où elle est directement sous-capsulaire, risquent d'être une cause de rupture, d'écoulement du contenu dans la cavité péritonéale au cours des manœuvres d'extériorisation de la rate. Ce danger peut être facilement paré par l'évacuation du contenu kystique. Après isolement de la cavité péritonéale par une bordure de champs intestinaux, la face antérieure du kyste étant bien mise à nu, cette ponction aspiratrice est alors sans danger. A la suite de cette manœuvre, un kyste dont l'extériorisation, la mobilisation

semblait devoir se révéler particulièrement pénible ou périlleuse, est en général des plus faciles. A ce moment même, si la rate était adhérente, ces adhérences sont beaucoup plus facilement sectionnées ou même détachées. Cette technique a été signalée par de très nombreux auteurs ; mais on ne la voit véritablement proposée comme facilitant nettement l'extériorisation d'un gros kyste que dans l'observation de WEILL : ROUX-BERGER l'avait alors utilisée avec succès. Dans notre observation personnelle n° II, où le kyste était particulièrement volumineux, contenait 4 litres de liquide, semblait très difficile à extérioriser, elle a été d'un très heureux secours. La plus ancienne mention qui en soit faite se retrouve déjà dans le travail de BIRCHER en 1908, il avait alors signalé que l'on pouvait y recourir utilement dans grand nombre de cas. Cette manœuvre ne demande pas de précautions bien particulières, mais il est bien évident qu'elle ne peut être employée ainsi que lorsqu'on est absolument sûr d'avoir pu écarter avec certitude la possibilité d'un kyste hydatique.

Parfois, mais l'éventualité est bien moins fréquente dans les vrais kystes que dans les faux kystes hémorragiques, l'existence de péricapsulite, d'adhérences extrêmement serrées, au diaphragme en particulier, peut venir compliquer cette exérèse. Il est alors facile d'employer la tactique que LOMBARD a décrite et de pratiquer au niveau de ce pôle supérieur extrêmement fixé, une extirpation sous-capsulaire. A part ces points particuliers, la splénectomie pour kystes ne demande aucune technique spéciale.

Nous ne décrirons pas toutes les voies d'abord qui ont été utilisées dans ce but. Mais nous rappellerons que certaines incisions semblent devoir être écartées, qu'il s'agisse d'incision oblique, parallèle au rebord costal qui sectionne les nerfs des muscles abdominaux et peut être une cause de faiblesse ultérieure de la paroi ; qu'il s'agisse d'incision oblique, allant du rebord costal en direction de l'ombilic, type incision de Lecène, qui risque, lorsque le kyste est trop volu-

mineux et que l'on doit, pour se donner du jour, la débrider, blesser le cul-de-sac pleural ainsi que nous l'avons vu se produire dans l'observation de SANTY.

Nous nous contenterons d'insister encore sur les avantages incomparables que donne la technique de splénectomie utilisée par notre Maître le Professeur GRÉGOIRE : L'incision angulaire de la paroi se compose de deux segments : une branche horizontale, longue, partant de la ligne axillaire antérieure à mi-distance entre le rebord costal et la crête iliaque, et se dirigeant vers et jusqu'à la ligne médiane. Sa situation ne peut être précisée par rapport à l'ombilic, elle est variable suivant les sujets et l'ombilic ne doit pas être utilisé comme repère pour situer cette branche horizontale de l'incision. Une branche verticale, courte, médiane de l'étage sus-mésocolique, remontant de 5 ou 6 cm. au-dessus de la terminaison de la branche horizontale de l'incision. Cette incision n'énervé pas la paroi. Les nerfs sont en effet très obliques à ce niveau, l'incision horizontale n'en intéresse qu'un, parfois deux, ne compromettant ainsi jamais l'innervation des muscles. Elle ne peut être retenue comme une cause favorisante de faiblesse pariétale ultérieure.

Le relèvement du lambeau musculo-cutané, associé à l'éversement du rebord thoracique par une valve, facilite l'extériorisation de la rate. Mais son immense avantage consiste surtout dans l'exposition large de la loge splénique, permettant facilement, à la fin de l'intervention, d'aller vérifier l'hémostase au fond de cette loge, sous la coupole diaphragmatique où il existe parfois des adhérences, nous l'avons vu, et où la pose de ligatures, en général difficile par les autres voies d'abord, est ici des plus faciles.

RÉSULTATS ULTÉRIEURS DE LA SPLÉNECTOMIE. — Si la splénectomie n'avait pas été fréquemment utilisée autrefois, si certains auteurs y avaient manifestement répugné, c'est qu'il s'agissait bien souvent de malades jeunes. On redoutait alors, après l'extirpation de la rate, des troubles importants de la

croissance. C'est pourquoi on préférerait conserver un moignon de la rate, même extrêmement réduit, mais qui ne semblait pas particulièrement malade. Cette crainte de troubles de la croissance on la voit encore signalée très récemment dans l'observation de KUBANYI. Il semble que cet auteur, qui a extirpé un kyste chez une fillette de 11 ans, s'intéresse plus à l'évolution ultérieure de la croissance qu'au kyste lui-même. Dans ce cas, d'ailleurs, la croissance n'est nullement troublée. C'est ce qui se dégage également de très nombreuses observations, de kystes épithéliaux en particulier, qui intéressaient des individus en pleine croissance souvent même très jeunes : 7 ans dans un cas (MONTGOMÉRY) — 8 ans dans le cas de notre observation n° I.

OBSERVATIONS

I. -- Observations personnelles

Obs. I. — *Kyste épithélial épidermoïde*. (Observation due à l'obligeance de MM. les Professeurs GRÉGOIRE et LEREBoullet).

René De..., âgé de 8 ans, est envoyé le 12 mars 1938 à la consultation du pavillon Pasteur à l'hospice des Enfants Assistés par son médecin qui a découvert une tumeur de l'hypocondre gauche.

Dans les antécédents de cet enfant on ne trouve aucun fait particulièrement intéressant. Né à terme le 25 janvier 1930, de parents bien portants, l'enfant s'est toujours développé normalement. Il a présenté de banales maladies de l'enfance. A 2 ans, il a subi une amygdalectomie. Entre 5 et 6 ans, il a eu la coqueluche, les oreillons. A 7 ans, il a été opéré pour appendicite. En outre, il s'agit d'un enfant qui présente fréquemment des épisodes pulmonaires bénins à type de bronchite.

Il n'a jamais fait de séjour important hors de France, en particulier pas de séjour dans les colonies, et on ne retrouve vers l'âge de 5 ans qu'un séjour de deux mois à Vienne (Autriche).

La tumeur de l'hypocondre gauche qui l'amène à consulter a été découverte par hasard : dans le courant du mois d'octobre 1937, à l'occasion d'une angine, les parents auraient déjà remarqué une voussure de l'hypocondre gauche ; mais elle n'a été constatée par le médecin que deux mois seulement avant la consultation à l'hôpital et, ayant été appelé à revoir l'enfant quelques jours avant cette consultation pour une bronchite banale, il a noté, sur cet espace de deux mois, qu'elle avait nettement augmenté de volume.

Le petit malade est hospitalisé le 18 mars 1938.

Examen : L'enfant, à bon état général, n'est pas amaigri ; il mesure 1 m. 22, pèse 23 kgs ; son appétit est bien conservé, il n'existe pas de troubles intestinaux. L'enfant n'accuse aucun trouble douloureux, aucune gêne. Tout se résume à une tumeur de l'hypocondre gauche.

A l'inspection : Il existe une *asymétrie* manifeste de la région

sous-costale : la base de l'hémithorax gauche est évasée, déjetée en dehors.

Au niveau de l'hypocondre gauche, une saillie régulière, proéminente, globuleuse, bombe en avant.

La mensuration confirme cette déformation : la distance xypho-ombilicale est de 14,5 cm. La circonférence comparée des deux hypocondres montre : à 10 cm. de l'appendice xyphoïde : à gauche 59 cm., à droite 28 cm. ; à 4,5 cm. de l'appendice xyphoïde : à gauche 62 cm., à droite 30 cm.

A la palpation : On sent une tumeur qui déborde le rebord costal et qui semble, vers son pôle supérieur, s'engager sous cet auvent costal. Elle déborde les fausses côtes de 4 travers de doigts et atteint presque la ligne médiane dans la région épigastrique.

Sa matité se poursuit sans interposition de zone sonore jusqu'au niveau du sixième espace inter-costal sur la ligne axillaire.

Le pôle inférieur de cette tumeur qui soulève l'hypocondre gauche a un contour régulièrement arrondi, comme dessiné au compas. Cependant il existe une légère encoche perceptible en regard de l'ombilic.

Sa surface est lisse, régulièrement sphérique, globuleuse ; elle donne, lorsqu'on l'empaume, la sensation d'un ballon. Sa consistance est ferme, tendue, légèrement rénitente.

Cette masse est franchement antérieure, perçue directement derrière la paroi abdominale, elle ne donne ni contact lombaire, ni ballonnement rénal à la palpation bi-manuelle.

Par ailleurs sous les fausses côtes droites on palpe le bord inférieur du foie qui déborde légèrement. L'examen somatique général ne donne aucun autre renseignement positif : dans les régions ganglionnaires il n'existe aucune adénopathie perceptible. L'appareil pulmonaire, le cœur, le système nerveux sont absolument normaux.

Des examens complémentaires sont alors entrepris.

1° Les examens radiologiques confirment l'origine splénique de cette tumeur.

a) *Une radiographie sans préparation* montre l'élargissement de l'ombre splénique, ainsi d'ailleurs qu'une légère augmentation du volume du foie.

b) *La radiographie gastrique*, après repas opaque, est particulièrement intéressante : l'estomac est en situation médiane, tout au moins en ce qui concerne sa portion verticale qui se projette devant le rachis. La grande courbure présente sur toute l'étendue de sa portion verticale, sur une hauteur d'environ 7 cm., une encoche régulièrement arrondie comme dessinée au compas. Dans l'ensemble, l'organe semble comprimé, repoussé en masse vers la

droite ; le canal pylorique presque verticalement ascendant se projette à environ un travers de doigt du bord droit des deuxième et troisième vertèbres lombaires (voir fig. 3).

c) *La radiographie colique*, après lavement opaque, montre un abaissement de toute la portion gauche du côlon transverse, qui

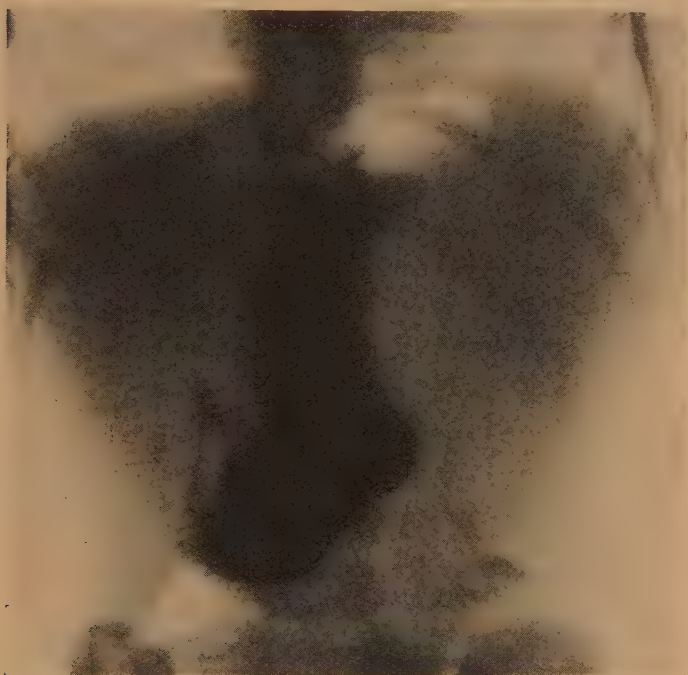


FIG. 3. — Obs. 1. — De...
Estomac après repas opaque.

dans son ensemble dessine une image en accent circonflexe dont le point le plus élevé se trouve un peu en dehors de la ligne médiane sur le flanc droit de la première vertèbre lombaire. L'angle colique gauche est très abaissé. Il est situé à deux travers de doigt au-dessus de la crête iliaque, sur une horizontale passant par le bord inférieur de la troisième vertèbre lombaire ; cet angle gauche semble lui aussi comprimé : son calibre est réduit de $\frac{1}{3}$ par rapport aux segments coliques adjacents. Son bord supérieur présente sur les deux ou trois derniers centimètres de sa portion horizontale, une empreinte régulière, légèrement excavée, tranchant nettement avec l'aspect bosselé du côlon normal (voir fig. 4).

Toutes ces constatations sont très nettement en faveur d'une

tumeur splénique dont le contour régulier évoque la nature kystique. Pour éliminer avec certitude une tumeur rénale, on pratique :

d) *Urographie par voie endoveineuse* : Elle montre une perméabilité et une évacuation rénales normales. Tout au plus semble-t-il que le rein gauche soit un peu plus gros que le rein droit.

2° L'examen de sang ne montre aucune anomalie.

Globules rouges 4.200.000, globules blancs 7.200, hémoglobine 80 %, valeur globulaire 0,85.



FIG. 4. — Obs. 1. — De...
Côlon après lavement baryté.

Formule leucocytaire : polynucléaires neutrophiles 73 %, polynucléaires basophiles 1 %, polynucléaires éosinophiles 1 %, monocytes 5 %, moyens mononucléaires 14 %, éléments jeunes 4 %, cellules souches 2 %.

Temps de saignement, 3,5 minutes, temps de coagulation 8,5 minutes, épreuve du lacet négative.

Réaction de Casoni négative.

3° Les urines sont absolument normales.

Le 1^{er} avril 1938, l'enfant quitte le service pour aller passer quelques jours en vacances. Mais on prévient les parents qu'une intervention chirurgicale sera probablement nécessaire et qu'ils devront ramener le malade à la fin des vacances. Le 10 mai 1938, l'enfant est revu : il n'a toujours présenté aucun trouble fonctionnel, mais la tumeur semble avoir encore augmenté de volume, et le principe de l'intervention est admis par les parents.

Hospitalisé dans le service du Professeur Grégoire à l'hôpital Saint-Antoine.

Intervention le 25 mai 1938 (Opérateur : Professeur Grégoire). — Anesthésie générale au mélange de Schleich.

Incision angulaire en L de l'hypocondre gauche. On se trouve en présence d'un volumineux kyste de la rate développé particulièrement aux dépens de la face gastrique de l'organe. L'extériorisation est rendue un peu difficile par la brièveté du pédicule. Ligature du pédicule à la soie n° 5. Hémostase de la loge splénique. Paroi en un plan à la soie n° 5, sans drainage. Crins sur la peau.

Les suites opératoires sont normales et l'enfant sort guéri au dixième jour.

Examen de la pièce. — La rate extirpée pèse 850 gr. Elle est extrêmement déformée, présentant une volumineuse tumeur kystique qui est surtout visible dans la région sous-hilaire de la face interne et qui déborde sur la partie la plus antérieure de la face externe. Ce kyste englobe et déforme la partie moyenne du bord antérieur de l'organe. Ce bord, soulevé par la voussure kystique, a perdu son aspect crénelé caractéristique, et il n'en persiste que deux encoches à peine perceptibles : l'une au-dessous, l'autre au-dessus de la saillie tumorale. Le tissu splénique restant est rejeté vers la périphérie, dessinant un croissant dont la partie moyenne est mince, dont les cornes sont volumineuses : l'une de ces cornes occupe le pôle supérieur de l'organe, l'autre est située au niveau de l'union de la face inférieure et de la face externe.

La coloration normale, grisâtre de la capsule est conservée sur la majeure partie de la face externe, même sur la voussure du kyste. Par contre, sur presque toute l'étendue occupée à la face interne par le kyste, la paroi est blanchâtre, d'allure fibreuse, bleutée en certaines zones où elle paraît être plus mince. Les mensurations pratiquées ont montré : face externe : hauteur 14 cm., largeur 12 cm. ; face interne : largeur 10 cm.

A l'ouverture de la pièce : Il existe une grande cavité kystique uniloculaire, à peu près régulièrement sphérique, d'environ 8 cm. de diamètre. La section confirme la disposition en croissant du tissu splénique refoulé qui, très aminci à sa partie moyenne au

niveau de la face externe, est épais de 2 cm. environ. La corne supérieure du croissant est épaisse d'environ 5 cm. ; la corne inférieure, interposée entre la face inférieure de l'organe et le versant inférieur du kyste, mesure 4 cm. d'épaisseur, puis diminue progressivement, s'étirant sur la surface du kyste. La cavité est directement limitée par une coque blanchâtre, fibreuse, de 3 à 6 mm. d'épaisseur suivant les régions. Son aspect intérieur est brillant dans l'ensemble, mais il existe des zones d'allures fort différentes. Au niveau du point le plus saillant sur la face interne et au point diamétralement opposé où il persiste le moins d'épaisseur de tissu splénique, elle est blanchâtre, lisse, à peu près régulière, présentant par places un léger granité semblant dû à un dépôt fibrineux. Dans les régions correspondant aux deux cornes du reliquat spléniques, l'aspect est autre : réticulé, alvéolaire. De grosses colonnes mousses, saillantes, de 3 à 4 mm. de hauteur, convexes, blanchâtres elles aussi, séparent des zones déprimées en niches dont le fond apparaît bleuté. Dans ces dépressions de fines colonnettes étroites, saillantes de 1 mm. environ, anastomosées en réseau, dessinent des alvéoles secondaires. Dans ces régions la surface paraît légèrement moins brillante, dépolie. C'est dans ces zones que les fragments prélevés pour l'examen histologique ont seuls donné des renseignements intéressants sur le revêtement cellulaire. Cette paroi, dans son ensemble, se détache facilement à la pointe des ciseaux courbes : il existe un plan de clivage franc entre elle et le tissu splénique voisin. Ce clivage fait apparaître, dans le parenchyme splénique ainsi mis à nu, une trame alvéolaire et il semble que des piliers fibreux saillants correspondent aux colonnes qui divisent en niches le revêtement de la paroi kystique.

Contenu. — Le kyste contenait environ 300 cc. de liquide clair, de coloration jaune pâle, limpide. Malheureusement l'examen du contenu du kyste n'a pas été pratiqué tant au point de vue microscopique que chimique surtout.

Examen histologique. — L'étude histologique a été réalisée sur des coupes pratiquées en différentes parties de la rate et de la membrane kystique (voir fig. 5 et 6). Signalons que les examens qui avaient été pratiqués les premiers, immédiatement après l'intervention, n'avaient donné aucun renseignement. Ils avaient été pratiqués sur des fragments prélevés au niveau de la partie saillante de la tumeur et au voisinage du tissu splénique, mais seulement aux points où celui-ci, très aminci, s'étalait sur la paroi kystique. On avait découvert alors uniquement une paroi fibreuse, composée de couches concentriques de tissu conjonctif. Après la lecture des précautions particulières précisées par SHAWAN, soit environ 6 mois après l'intervention, de nouveaux prélèvements

furent faits au niveau de la partie la plus profonde du kyste, au voisinage de la rate restante, dans la région du pôle supérieur où les diverticules de la paroi semblaient les plus nombreux et les mieux conservés. C'est sur ces coupes seulement que put être observé l'aspect décrit ici.

De nombreuses méthodes de coloration ont été employées : hématéine-éosine ; hématéine-éosine-safran ; trichrome de Masson ; picro-ponceau ; Weigert pour les fibres élastiques ; Weigert pour les fibrilles épithéliales ; carbonate d'argent de Del Rio-Hortega, et imprégnation d'argent de Foot et Wilder.

Nous décrirons séparément le tissu splénique et la paroi kystique.

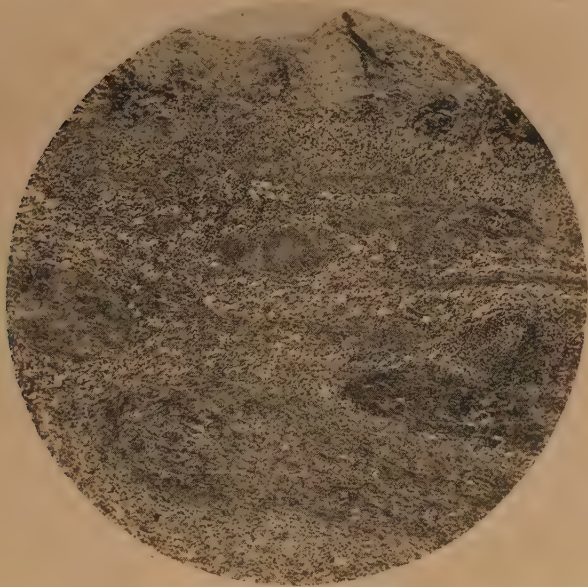


FIG. 5. — Obs. De...
Tissu splénique et paroi du kyste grossissement 65.
Coloration hématéine-éosine.

1° *Tissu splénique.* — La capsule fibreuse de la rate est légèrement augmentée d'épaisseur. Ce processus d'hypertrophie du tissu fibreux apparaît aussi au niveau des trabécules intra-spléniques, qui sont riches en fibres élastiques et dans lesquelles on remarque aussi quelques fibres musculaires lisses. Il existe une

légère hyperplasie du réticulum splénique. Les follicules de Malpighi sont diminués en nombre ; les artérioles folliculaires présentent un épaississement pariétal. En certains endroits du parenchyme splénique, voisins de la paroi kystique, on remarque des dépôts anciens de pigments hématiques, des cristaux de cholestérine autour desquels se trouvent des cellules géantes polynucléaires. L'ensemble présente l'aspect histologique de ce que l'on a coutume de désigner sous le nom de « *granulome par corps étranger* ». Ces lésions sont plus visibles aux points où il n'existe plus qu'une mince bande de tissu entre la paroi kystique et la capsule splénique.

2° *Paroi kystique*. — Elle présente deux zones différentes :

a) *Une zone périphérique*, épaisse de tissu conjonctif ; elle est formée de fibres collagènes disposées concentriquement. Elles sont réparties différemment dans l'épaisseur de cette zone : elles sont tassées, serrées les unes contre les autres en deux bandes, l'une juxta-splénique, l'autre juxta-kystique, entre lesquelles le tissu est plus lâche, légèrement œdémateux. Les colorations particulières y mettent en évidence l'existence de rares fibres musculaires lisses et de fibres élastiques minces. Dans toute l'épaisseur de cette zone conjonctive, les noyaux allongés sont rares. Les vaisseaux, rares eux aussi, se rencontrent de préférence dans les couches les plus périphériques, les plus voisines du tissu splénique. A ce niveau, cette membrane se trouve envahie par une faible infiltration d'éléments lympho-plasmocytaires qui disparaissent presque complètement au voisinage de la zone lâche. Dans certaines préparations, on remarque dans cette membrane conjonctive des foyers localisés de dégénérescence hyaline.

b) *Une zone centrale* : Vers la lumière de la cavité kystique, immédiatement sous-jacente à la paroi fibro-conjonctive, on remarque une rangée de cellules allongées dont le noyau est le plus souvent basal. Sur celle-ci reposent plusieurs couches de cellules à noyau arrondi, qui, dans les préparations colorées par les méthodes ordinaires, ne présentent pas de délimitations précises. Au contraire, dans les coupes où l'on a réalisé l'imprégnation d'argent de Del Rio-Hortega, les limites cellulaires deviennent nettes. On voit alors se dessiner des cellules polygonales à noyau central, unies entre elles par des ponts intercellulaires, des fibrilles épithéliales de Ranvier. Ces fibrilles sont également mises en évidence par les colorations suivant la méthode de Weigert. Dans certaines régions cette couche épithéliale présente jusqu'à dix assises cellulaires, en d'autres points deux ou trois et, par places, la paroi conjonctive ne supporte plus aucun revêtement cellulaire. Les cellules les plus superficielles de cet épithélium, celles qui sont au contact de la cavité kystique, sont complète-

ment aplaties. Leurs noyaux sont allongés parallèlement à la surface du revêtement cellulaire. Leur protoplasme est chargé d'un grand nombre de corpuscules arrondis, de coloration foncée, donnant à cette couche un aspect fort semblable au « stratum granulosum » de la peau. Si cet épithélium recouvre en général sans accidents importants, la paroi conjonctive, il est des régions où il la pénètre, formant des diverticules ou s'isolant, prenant alors l'aspect de petits kystes intra-pariétaux. En d'autres points, l'épithélium présente des desquamations ou se détache complètement de sa base, flottant librement dans la cavité kystique.

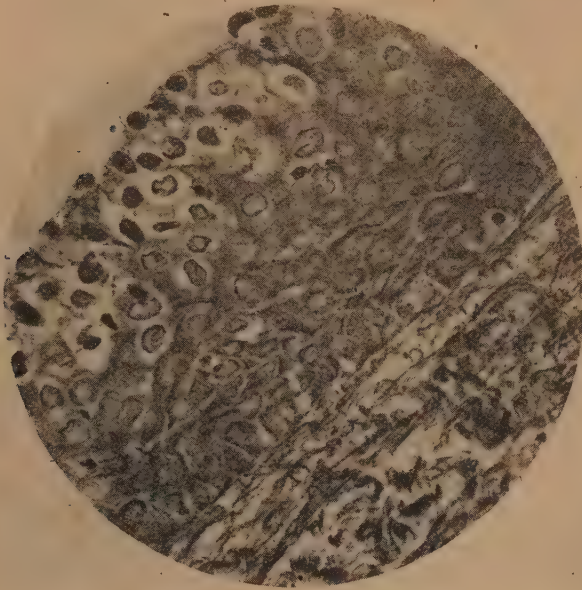


FIG. 6. — Obs. 1. — De...
Revêtement épithélial épidermoïde.
Coloration de Del Rio-Hortega grossissement 460.

Les caractéristiques histologiques de ce revêtement cellulaire permettent d'affirmer qu'il s'agit d'un « *kyste épithélial épidermoïde* ». En aucun point il n'a été donné d'observer de formations cutanées : follicules pileux, ou glandes annexes.

OBS. II. — *Kyste endothélial*.

Di... Pierre, 17 ans, étalagiste. Le malade est hospitalisé à la Clinique Chirurgicale de l'Hôpital Saint-Antoine, le 18 octobre

1937, pour une tumeur abdominale qui a été découverte à l'occasion d'une exploration radiologique fonctionnelle de l'appareil rénal (Docteur Charpy).

Ce jeune homme, qui avait toujours été bien portant, n'avait jamais présenté le moindre malaise, la moindre maladie, à part les petites affections du jeune âge, a commencé à se sentir souffrant il y a une dizaine de mois, au cours du mois de janvier 1937. A ce moment s'installe une impression de fatigue, d'asthénie, qui s'accroît progressivement. C'est surtout à la suite d'un effort, ou le soir à la fin de sa journée de travail, que ces troubles se manifestent par une sensation d'extrême lassitude. Il accuse un essoufflement facile, d'apparition récente, survenant lorsqu'il marche vite, ou qu'il vient de monter un escalier.

Etant en province à l'époque du début de ces troubles, le malade va consulter un médecin qui pratique un examen général, ne décele aucun trouble objectif en dehors d'une albuminurie isolée (65 cgr. par litre). Un régime est institué et il semble que le malade s'y soit soumis assez strictement, mais aucune amélioration ne se manifeste. La fatigabilité, l'essoufflement à l'effort ne rétrocedent pas. D'autre part, des examens d'urine répétés tous les mois environ montrent que l'albumine persiste. C'est alors que, venant à Paris, il se prête à une exploration radiologique et à de nouveaux examens qui mettent en évidence la tumeur de l'hypocondre gauche.

L'interrogatoire ne permet de révéler aucun fait saillant : ses parents sont bien portants. Lui-même, jusqu'au début de cette année, n'a jamais été malade. Il n'a jamais présenté de douleurs abdominales, jamais de troubles digestifs : ni coliques, ni gastriques. Jamais de traumatisme abdominal qui ait laissé une trace dans sa mémoire.

Examen. — Nous nous trouvons en présence d'un adolescent bien conformé, qui paraît en excellent état général, non amaigri.

Une *asymétrie* de la base du thorax est nettement perceptible : le rebord costal gauche semble soulevé, dévié en dehors.

L'hypocondre gauche est soulevé par une tuméfaction qui semble remonter sous les fausses côtes qu'elle soulève et qui saille en avant, globuleuse. Cette déformation, cette voussure sont surtout visibles sur le malade debout et si on le regarde de 3/4. Elles semblent moins marquées sur le malade couché.

Une tumeur est très nettement perceptible. On palpe une masse qui semble être à peu près du volume d'une tête d'enfant. Elle émerge sous le rebord costal, auquel son grand axe est parallèle. Ses limites sont régulières, arrondies, et en particulier on ne palpe pas de bord antérieur tranchant et crénelé. Sa limite inférieure est située sur une horizontale passant à deux travers

de doigts au-dessous de l'ombilic. En dedans elle atteint la ligne médiane dans la région épigastrique. En dehors, palpable dans l'hiatus costo-iliaque, elle s'engage sous le rebord thoracique. En haut, la percussion du thorax dessine la limite supérieure d'une zone mate qui, sur la ligne mamelonnaire, atteint le rebord chondral, décrit une courbe à convexité supérieure dont le point culminant est situé à l'intersection de la ligne axillaire antérieure et d'un plan horizontal passant à un travers de doigt au-dessous du mamelon. La matité est continue sur toute cette surface de projection, aucune zone sonore ne s'interpose entre ses deux limites extrêmes. Sa consistance est tendue, mais la fluctuation est nettement mise en évidence. La pression de cette masse n'est nullement douloureuse.

Absolument immobile, elle ne suit aucunement les mouvements respiratoires, elle ne subit pas de déplacement suivant que l'on change la position du malade, restant superposable à elle-même tant en décubitus dorsal qu'en décubitus latéral droit ou gauche. Les tentatives de mobilisation passive dans le sens transversal comme dans le sens antéro-postérieur n'arrivent pas non plus à la déplacer. Cette tumeur est franchement antérieure, directement sous la paroi abdominale. En arrière on ne perçoit pas de contact lombaire, pas non plus de ballotement rénal. A sa périphérie, contrastant avec sa matité, épousant ses contours, on repère les zones sonores de l'estomac en dedans du côlon en bas.

Par ailleurs, le foie est normal : sa matité s'étend sur 4 travers de doigts sur la ligne mamelonnaire, il ne dépasse pas le rebord costal. Tous les autres examens ne révèlent aucune anomalie : pas d'adénopathies palpables dans les régions ganglionnaires. L'appareil respiratoire est normal, le cœur normal lui aussi. La tension artérielle, prise à l'appareil de Vaquez, est de 15,5-9.

Examens radiologiques. — 1° L'estomac est examiné après repas baryté ; s'il est à peu près en position normale, il présente une déformation importante. Sur son bord gauche, au niveau de sa portion verticale, une empreinte concave se dessine régulière, arrondie, sur une hauteur de 5 à 6 cm. et semble superposable au contour tumoral. Cette déformation évoque de façon extrêmement précise celle qui était déjà représentée dans le cas précédent.

2° Examen urinaire : L'exploration du rein est pratiquée par voie endo-veineuse. Elle n'a montré qu'une imprégnation un peu plus lente et un peu défectueuse des cavités pyélorénales mais sans aucune déformation.

Examen de sang. — Il n'a montré aucune anomalie : hémoglobine 105 %, valeur globulaire 0,91, globules rouges 5.792.000,

globules blancs 11.200, plaquettes 248.000. On note une légère poikilocytose ainsi qu'une légère anisocytose.

Formule leucocytaire : polynucléaires neutrophiles 75 %, polynucléaires éosinophiles 1,5 %, lymphocytes 2 %, mononucléaires 21,5 %.

Temps de coagulation : 8 minutes.

Urée 0,29 gr. par litre, cholestérol 1,58 gr. par litre, glycémie 1,60 gr. par litre.

Examen des urines. — Albumine 0,38 gr. par litre, urée 8,75 gr. par litre, constante d'Ambard $K=0,064$, coefficient de Maillard = 5,7, constante azoturique $\text{az.uréique/az. total}=85,5$.

Au total on est sûr qu'il s'agisse d'un kyste abdominal, mais le diagnostic hésite entre kyste de la rate et kyste de la queue du pancréas, penchant enfin en faveur de celui-ci qui semble le plus fréquent.

Intervention le 23 octobre 1937 (Opérateur : Professeur GRÉGOIRE). — Anesthésie générale au mélange de Schleich. Incision habituelle angulaire en L de l'hypocondre gauche. La cavité abdominale ouverte, on tombe sur une masse lisse, tendue, bleutée, présentant sur sa face antérieure une tache blanchâtre. On se protège par des compresses intestinales, on ponctionne et l'on retire un liquide ambré, foncé, contenant des paillettes brillantes de cholestérine. Quantité de liquide retirée : 4 litres. L'exploration permet alors de reconnaître que ce kyste s'est développé aux dépens de la rate et qu'il est situé au pôle supérieur de l'organe. Splénectomie. Ligature du pédicule à la soie n° 5. Hémostase de la loge splénique. Paroi en un plan à la soie n° 5 sans drainage. Crins sur la peau.

Les suites opératoires sont troublées par deux épisodes fébriles mais qui restent sans lendemain. Comme nous l'avons souvent remarqué à la suite des splénectomies, la température monte rapidement le lendemain de l'intervention jusqu'aux environs de 39°, puis par lysis successifs revient le quatrième jour à 37°5, où elle se maintient. Cependant le quatorzième jour on note un crochet à 38°9, sans aucune autre manifestation pathologique, et le lendemain la température est revenue à la normale et s'y maintient définitivement. Le malade sort guéri le 9 novembre, 17 jours après l'intervention. Revu fréquemment et pour la dernière fois 15 mois après l'intervention, le malade est tout à fait bien portant, ses troubles généraux ont entièrement rétrocedé et, fait fort curieux, l'albuminurie elle-même a entièrement disparu. Des examens de sang qui ont été pratiqués depuis la sortie de l'hôpital n'ont montré aucune modification hématologique notable.

Examen du liquide kystique : Le liquide (4 litres) est de coloration brun verdâtre, légèrement trouble, visqueux. La réaction

au tournesol est neutre. Un sédiment de couleur ocre contient quelques hématies mais pas d'hémossidérine.

Densité à 18° 1.027, extrait sec à 100° 93,6 gr. par litre, cendres à 100° 9,88 gr. par litre, albumines totales 74,2 gr. par litre, urée 0,37 gr. par litre, chlorures (en NaCl) 5,94 gr. par litre, cholestérol 1,40 gr. par litre.

Les réactions de Rivalta et de Gangi sont positives. Le liquide ne contient ni fibrine, ni fibrinogène; il n'est pas coagulable spontanément et se prend en gelée à partir de +75°. En conclusion: il s'agit d'un exsudat et non d'un transsudat qui présente avec une remarquable régularité les caractères du sérum sanguin normal. La viscosité, la coagulabilité suggèrent en outre la présence probable d'une « pseudo-mucine » voisine de celle qui se rencontre dans les kystes ovariens.

Examen histologique (Docteur A. DESMONTS). — Des coupes ont été pratiquées dans la pulpe splénique et au niveau de la coque kystique. Les colorations employées ont été: hémateïne-éosine, Van Gieson, trichrome. Nous étudierons séparément les différents éléments anatomiques que l'on observe sur une coupe perpendiculaire à la paroi du kyste: capsule splénique, parenchyme splénique, et paroi kystique (voir fig. 7).

La capsule est très légèrement épaissie par une hypertrophie fibreuse.

I. — LE PARENCHYME SPLÉNIQUE est d'autant plus modifié que l'on se rapproche de la lumière du kyste et que l'espace compris entre la capsule et la cavité kystique est plus rétréci. Dans l'ensemble, il existe un épaississement des travées fibreuses qui constituent la charpente de soutien, ainsi que des gaines péri-vasculaires.

1° *Loin du kyste*. — Les corpuscules de Malpighi sont sensiblement normaux par leurs dimensions et par le nombre. Ils ne présentent en général pas de centre clair germinatif; l'artère centro-folliculaire est à peu près normal. Par contre, les cordons de Billroth ont subi une densification très marquée. Les sinus sont souvent dilatés, contenant de la sérosité et des cellules endothéliales desquamées.

2° *Près de la paroi kystique*. — Le parenchyme splénique disparaît peu à peu et fait place à du tissu collagène disposé en travées de plus en plus denses, de plus en plus larges, de plus en plus rapprochées les unes des autres. Le tissu splénique se trouve donc réduit à quelques minuscules îlots. On arrive ainsi sur ce qui constitue la paroi du kyste.

II. — LA PAROI DU KYSTE. — Les lames collagènes disposées parallèlement, peu à peu épaissies et densifiées, se fondent en une substance amorphe, hyaline, colorée en rose pâle par l'éosine

et au Van Gieson, qui est totalement dépourvue de cellules. Les cellules conjonctives se sont en effet atrophiées puis ont disparu progressivement. Entre les lames collagènes, on note fréquemment la présence de pigments hématiques. Enfin immédiatement au contact du liquide kystique, nous trouvons sur une épaisseur plus ou moins variable des éléments cellulaires multiples. Cette mince couche a l'aspect de tissu réticulo-endothélial inflammatoire et presque partout en contact direct avec le liquide kystique

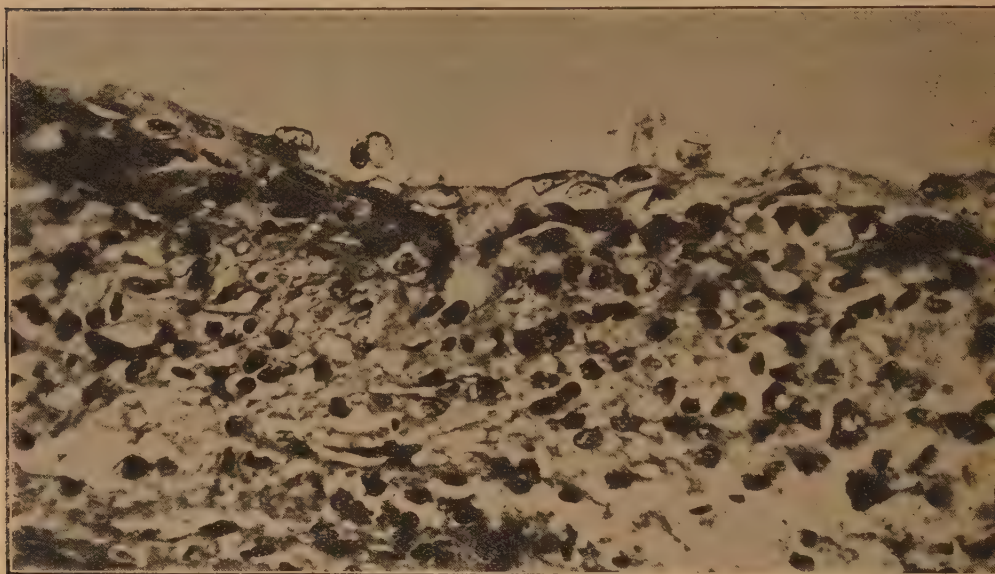


FIG. 7. — Obs 2. — Di...
Revêtement endothélial. Coloration hématoxyline-éosine.

On y voit en effet diverses formes cellulaires : cellules réticulo-endothéliales, lymphocytes, mononucléaires, polynucléaires, débris d'éléments sanguins et de pigments hématiques. *Cependant*, en multipliant les coupes dans les régions où les replis de la paroi kystique protègent les cellules superficielles, nous avons pu observer que celles-ci parfois se tuméfient, se pédiculisent et forment hernie dans la cavité kystique. Leurs noyaux hypertrophiés, leur cytoplasme vasculaire, leur morphologie en « raquette », en « battant de cloche », rappellent l'aspect des cellules de revêtement des sécrucuses dans les premiers stades de l'inflammation. En aucun point il n'existe nettement différenciée de membrane basale. L'ensemble de ces aspects histologiques nous fait conclure : *kyste endothélial*.

OBS. III. — *Kyste ayant perdu son revêtement cellulaire* (Observation due à l'obligeance de M. le Docteur POILLEUX).

Au... Jane, 23 ans, vendeuse. La malade entre à l'hôpital Cochin le 16 mai 1938 pour une tumeur du flanc gauche qui s'accompagne de douleurs. Depuis 3 ans déjà la malade avait remarqué l'existence d'une tumeur du flanc gauche. Cette dernière ne semblant pas s'accroître rapidement et surtout n'entraînant aucun trouble, la patiente ne s'en était pas préoccupée. Mais, huit jours avant son hospitalisation, le 7 mai 1938, sans traumatisme, à la suite d'un bain chaud, une crise douloureuse et très violente s'est déclarée dans la région occupée par la tumeur. Les douleurs étaient strictement localisées dans l'hypocondre gauche, n'irradiant pas. Elles s'exagéraient à l'effort, au cours des inspirations profondes ; ne s'accompagnaient ni de nausées, ni de vomissements. La crise persiste violente durant trois jours, à la suite desquels la malade va consulter un médecin qui pose le diagnostic de tumeur kystique vraisemblablement méésentérique.

L'interrogatoire ne donne que peu de renseignements. La malade a toujours été bien portante jusqu'alors, elle n'a jamais ressenti la moindre crise douloureuse avant celle qui vient de se manifester il y a une semaine. Elle dit avoir toujours été un peu faible, anémique. Ses règles sont très douloureuses, surviennent tous les 35 jours. Elle ne retrouve dans sa mémoire aucun traumatisme thoraco-abdominal. Et la seule notion traumatique que l'on puisse obtenir est à la réalité fort lointaine et fort vague ; elle est fournie par les parents : à l'âge de 2 ans, la malade serait tombée d'une voiture automobile en marche et serait restée 2 jours dans le coma ; mais on ne semble pas avoir remarqué alors que ce traumatisme eût particulièrement porté sur la région thoraco-abdominale gauche.

A l'examen, on se trouve en présence d'une jeune fille un peu pâle, mais dont l'état général semble satisfaisant, non amaigrie. Dans l'hypocondre gauche, on décèle la présence d'une tumeur. Du volume d'une grosse orange, ferme, arrondie, de consistance élastique, ses contours sont précis, réguliers et bien limités. Cette masse est très mobile et il est possible de l'entraîner jusque dans l'hypocondre droit, d'une part, et, d'autre part, jusqu'au bord supérieur de la symphyse pubienne en bas.

Manifestement abdominale, elle ne peut être amenée à fournir le contact lombaire.

La pression à son niveau est absolument indolore.

Par ailleurs, l'examen général ne révèle aucune manifestation pathologique ; les régions ganglionnaires sont indemnes de toute tuméfaction ; le foie, l'appareil pulmonaire, l'appareil cardio-vasculaire sont normaux.

Examen radiologique. — Le cadre colique, bien injecté, entoure la tumeur. Le côlon descendant est situé sur son flanc externe, l'angle splénique sur son bord supéro-externe, la portion gauche du côlon transverse sur son bord supérieur. La tumeur ne semble présenter aucun rapport avec le côlon et sa mobilisation n'entraîne aucun déplacement de celui-ci. Le côlon transverse descend de gauche à droite suivant une courbe anormale, irrégulière. L'évacuation colique semble manifestement ralentie.

Les caractères d'extrême mobilité de cette tumeur kystique, sa projection dans l'ouverture de l'angle colique gauche, semblent confirmer son origine mésentérique et, sans pousser les investigations plus avant, c'est sur ce diagnostic que l'on décide d'intervenir.

Intervention le 25 mai 1938 (Docteur POILLEUX). — Laparotomie médiane. On trouve une tumeur grosse comme un melon du pôle inférieur de la rate. Quelques adhérences épiploïques serrées à la face antérieure du kyste sont sectionnées. Splénectomie. Un drain dans la loge sous-phrénique.

Les suites opératoires sont normales et la malade sort guérie au seizième jour.

Les examens de sang pratiqués après l'intervention ne montrent qu'une hyperleucocytose passagère qui disparaît en un mois.

Examen macroscopique de la pièce. — Un volumineux kyste déforme le pôle inférieur de la rate. Sur la face externe de l'organe il semble qu'il existe un sillon transversal qui sépare la région kystique du reste de l'organe. Le kyste occupe entièrement le pôle inférieur et il est surmonté de la portion restante de l'organe qui est allongée verticalement, ayant la forme d'une langue. Sur le bord antéro-interne il ne reste qu'une légère encoche siégeant immédiatement au contact du kyste. La portion restante de la rate a une allure, une coloration en apparence tout à fait normales. Le kyste bombe surtout en avant où il dessine une saillie globuleuse. Sa surface, qui apparaît régulière, semble tendue ; elle est de coloration gris blanchâtre. Immédiatement au-dessus du point le plus saillant, sur une surface un peu plus petite qu'une paume de main, elle est fibreuse, d'aspect cicatriciel : à ce niveau est solidement fixé un fragment d'épiploon que l'on a dû sectionner. Mensurations : le grand axe vertical de la pièce mesure 22 cm., dont la tumeur occupe un peu plus de la moitié (11,5 cm.). La largeur de la languette splénique restante est de 6 cm. à 6,5 cm., son épaisseur de 2 à 3 cm. Au niveau du kyste la largeur de la pièce est de 9 cm., son épaisseur (antéro-postérieure) de 8 cm. A la coupe il existe une cavité uniloculaire, à peu près sphérique, de 7 à 8 cm. de diamètre. *La sur-*

face interne de la cavité présente deux régions franchement différentes. Du côté de la rate restante, elle est bleuâtre, semble mince et translucide ; elle a un aspect nervuré : des colonnettes d'allure fibreuse y dessinent un certain nombre de saillies entre lesquelles des logettes, des alvéoles se dépriment. Du côté où le kyste bombait au maximum, la paroi est franchement fibreuse, blanchâtre, presque lisse. A ce niveau il est intéressant de noter, correspondant à la zone fibreuse de sa face périphérique externe et à l'adhérence épiploïque signalée, une dépression de la paroi. Cette dépression irrégulière, au niveau de laquelle il semble exister une perte de substance de la paroi fibreuse, obturée par une frange épiploïque extrêmement adhérente, il semble vraisemblable de l'interpréter comme le reliquat d'une *fissuration*. *Contenu* : le kyste contenait un peu plus de 250 cc. d'un liquide clair citrin, dans lequel flottaient des particules brillantes : des cristaux de cholestérine. L'examen du culot de centrifugation l'a montré formé de quelques rares éléments figurés : polynucléaires et lymphocytes. Aucun germe n'était visible. L'examen chimique n'a pas été pratiqué.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (Docteur A. DESMONTS). — Des coupes multiples ont été pratiquées, dans le fond de tous les recessus de la paroi. Les colorations employées ont été : hémateïne-éosine, Van Gieson. Sur une coupe perpendiculaire à la paroi : *la capsule* est normale ou légèrement épaissie ainsi que les travées fibreuses et les gaines périvasculaires. *Le parenchyme* : les corpuscules de Malpighi sont sensiblement normaux. Mais la portion pulpaire est œdématiée. Les sinus contiennent beaucoup d'hématies. *Paroi* : on assiste, comme dans le cas précédent, à une disparition du parenchyme splénique au profit d'un tissu collagène de plus en plus dense qui forme la paroi kystique. Mais là le tissu collagène est au contact direct de la cavité kystique et l'on ne retrouve ni revêtement épithélial, ni paroi endothéliale.

II. -- Observations recueillies dans la littérature

A. — Kystes épithéliaux.

1) KYSTES ÉPIDERMOÏDES.

OBS. IV (DINAND). — Un jeune homme de 16 ans présente brusquement, au cours de son travail, une douleur au niveau de la base de l'hémithorax gauche. On découvre une splénomégalie du volume d'une tête d'enfant. L'examen hématologique est absolument normal. Depuis 4 ou 5 ans le malade ressentait fréquem-

ment des picotements survenant par accès dans l'hypocondre gauche. Aucune maladie antérieure. Aucun traumatisme. D'autre part, il existe une incontinence d'urine. Pensant à une affection splénique primitive, à un syndrome hépato-splénique du type maladie de Banti, on institue un traitement arsenical intensif et radiothérapique. Devant leur échec on est amené à pratiquer une intervention. Il existe un kyste géant de la rate dont l'extirpation est difficile du fait d'adhérences diaphragmatiques importantes. Le malade, guéri, est revu un an après en excellent état : la formule sanguine est absolument normale et l'incontinence d'urine a disparu.

La pièce pèse 3 kgs, elle est ovoïde ; le kyste est surtout développé vers le pôle diaphragmatique de la rate. Sa coloration est gris bleuté, sa paroi translucide par places. Il ne reste que peu de parenchyme splénique en bandes le long des bords de l'organe.

L'examen histologique montre : 1° dans la pulpe splénique restante une infiltration giganto-cellulaire ; 2° une paroi formée de 2 zones. — Une couche périphérique de fibres collagènes, concentriques, tassées. — Une couche interne présentant un revêtement épithélial. Très mince aux points de forte tension, il est pluristratifié au fond des diverticules, des niches de la paroi. La coloration de Gram permet de distinguer avec précision : une couche basale de cellules riches en noyaux colorés en rouge. Une couche muqueuse de cellules foncées. Une couche superficielle de cellules aplaties, allongées, tassées l'une sur l'autre. Ce revêtement épithélial repose sur une membrane conjonctive : « il y a toujours quelque chose entre lui et la paroi fibreuse ». Le revêtement cellulaire manque par places. En d'autres endroits il ne reste que quelques cellules épithéliales ou polyédriques. DINAND conclut à un « kyste épithélial épidermoïde ».

OBS. V. (MONTGOMERY, MAC ENERY, FRANK). — Il s'agit d'une fillette de 7 ans : on a découvert par hasard à l'occasion d'un épisode pulmonaire, une tumeur de l'hypocondre gauche. Six semaines de traitement radiothérapique ne la modifient aucunement. Base de l'hémithorax gauche évasée, une tumeur débordant de 3 à 4 cm. le rebord costal. Elle est très mobile avec les mouvements respiratoires. L'examen hématologique est absolument normal dans ses résultats (formule, temps de saignement, de coagulation). A la radiographie, l'angle splénique gauche est abaissé. A l'intervention : grosse masse kystique dans laquelle il est difficile de reconnaître la rate. Après ponction évacuatrice du liquide, l'extériorisation et la splénectomie sont faciles. Guérison.

Le kyste occupe toute la rate qui a l'aspect d'une masse arrondie à peu près régulièrement : il ne reste qu'un peu de tissu splénique disposé en segment à l'équateur de la masse. Cavité uniloculaire. Paroi kystique épaisse de 2 à 4 mm., fibreuse, gris blanchâtre. A sa surface interne, un système de trabécules irrégulièrement disposés délimite de petites cryptes. Contenu : 520 cc. de liquide brun chocolat, Aucun germe à l'examen direct. Les cultures restent stériles.

Examen histologique : On trouve par places un épithélium stratifié présentant de 1 à 9 assises cellulaires. Cellules à noyau fortement basophile, ovulaire ; cytoplasme pâlement basophile ; elles semblent séparées les unes des autres par un réseau de fins canalicules anastomosés. Perpendiculairement à la direction de ces canalicules, de fins ponts linéaires intercellulaires. Les couches superficielles s'aplatissent, les noyaux s'allongent parallèlement à la surface du revêtement. Pas de couche cornée, aucune formation pilo-sébacée.

OBS. VI (MONTGOMERY, MAC ENERY, FRANK). — Le malade est un nourrisson de 6 mois, de sexe masculin, qui présente une tumeur arrondie de l'hypocondre gauche. Les radiographies montrent un déplacement de l'estomac vers la droite et de l'angle colique gauche vers le bas par une ombre opaque du volume d'un pamplemousse. Une urégraphie par voie endoveineuse montre l'uretère tortueux, dilaté ; les cavités pyélo-rénales gauches sont dilatées. La masse sombre est interprétée comme une hydro-néphrose. Intervention par voie rétro-péritonéale : on draine la cavité dont s'échappe un liquide aqueux, clair, acide, qui n'est pas analysé. Six semaines plus tard, la plaie laisse toujours suinter du liquide ; on réintervient pratiquant une néphrectomie et on s'aperçoit qu'il existe une masse kystique splénique : splénectomie. L'enfant meurt rapidement. La rate extirpée pèse 25 gr. (contre 19 normalement à cet âge), elle est occupée par une cavité uniloculaire. La surface interne a un aspect trabéculaire. L'examen histologique décèle un épithélium stratifié ; une couche basale formée de deux ou trois assises de cellules sombres à noyaux ovalaires, vésiculeux, très fortement basophiles, à cytoplasme légèrement basophile, séparées par de fins canalicules et réunies par des « ponts intercellulaires ». Pas de couche kératinisée ; pas de formations cutanées.

OBS. VII (POHLE). — Jeune fille de 19 ans hospitalisée pour une affection fébrile avec température à 40°. Malade depuis 2 jours durant lesquels elle a présenté de l'anorexie, des nausées, des

vomissements. Douleurs dans l'étage supérieur de l'abdomen. Tumeur rénitente du flanc gauche atteignant la ligne médiane, immobile aux mouvements respiratoires, ceux-ci s'accompagnant cependant d'une sensation de crépitements synchrones dans la région tumorale. La fluctuation n'est pas nettement mise en évidence. L'interrogatoire apprend que depuis l'âge de 10 ans la malade avait remarqué cette tuméfaction de l'hypocondre gauche qui depuis a progressivement augmenté de volume. Depuis trois ans même, parfois sensations de flot, de frémissement dans le flanc. Aucun antécédent fébrile, ni traumatique. Examen de sang ne montre qu'une leucocytose à 16.200 avec lymphocytose. Le catéthérisme urétéral élimine une lésion rénale. Diagnostic de kyste splénique avec réserve pour les kystes du mésentère ou du pancréas. Ponction exploratrice pratiquée avec une aiguille fine : liquide est brun rouge, contient de nombreux leucocytes, des hématies, de nombreux cristaux de cholestérine, quelques bacilles courts. Redoutant une péritonite, on pratique une laparotomie immédiate ; une tumeur kystique de la rate du volume d'une tête d'enfant refoule à droite l'estomac et le grêle. Elle adhère surtout au diaphragme. Splénectomie. La guérison est retardée par un abcès pariétal, puis défervescence progressive et la malade est guérie au bout d'un mois. Après la défervescence, une séro-agglutination au para-B se montre positive à 1/200. Le liquide kystique donne des cultures pures de bacilles paratyphiques B. La pièce pèse 3 kgs. Grande cavité kystique contient 4 litres de liquide. Face interne de la paroi luisante, présente de petits diverticules en niches, grisâtres. Des trabécules particulièrement saillants isolent deux ou trois petites cavités communiquant avec la grande cavité kystique, lui donnant un aspect multiloculaire. Examen histologique : sur une coupe, on peut voir à l'œil nu de petites cavités kystiques intra-pariétales. Paroi fibreuse contient de nombreuses fibres élastiques, pénétrée par places par des fissures dont le revêtement semble prendre une allure épithélioïde. En de nombreuses régions, quelques cellules d'allure épithélioïde, mais en quelques points le revêtement kystique présente un aspect très caractéristique. Il existe un épithélium stratifié dont les cellules sont réunies par de nombreux « ponts inter-cellulaires ». Dans la pulpe splénique, à distance de la paroi kystique, des îlots d'épithélium aplati sont visibles. Aucun follicule pileux, aucune glande cutanée n'est visible.

2) KYSTES ÉPITHÉLIAUX SIMPLES.

OBS. VIII (SHAWAN). — Jeune fille de 16 ans. Tuméfaction du quadrant supérieur gauche de l'abdomen, apparue depuis

2 ans 1/2. Souffre peu, accuse surtout de la dyspnée. Aucun trouble digestif ni urinaire. Rebord costal gauche soulevé, déjeté en dehors. Dans l'hypocondre gauche une tumeur volumineuse atteint en dedans l'ombilic ; le pôle supérieur disparaît sous l'auvent costal. Contours réguliers, aucune encoche. Surface lisse, consistance molle, fluctuante, franchement mobile ; nullement douloureuse à la pression. Radiographies : estomac déjeté à droite de la ligne médiane, angle splénique, et toute la portion gauche du transverse abaissés. Hémidiaphragme gauche surélevé. L'examen hématologique donne des résultats absolument normaux. Urines normales. A l'intervention : tumeur kystique de la rate. L'évacuation du liquide facilite la splénectomie. Suites opératoires normales. Guérison. Revue neuf ans après : a eu une grossesse normale et un bébé bien portant.

Pièce de forme ovoïde, de coloration gris bleuté, volumineux kyste du pôle inférieur. Quelques petits kystes visibles au voisinage du grand. A la coupe d'autres petits kystes dans la pulpe splénique. Cavité uniloculaire d'aspect trabéculaire en regard des reliquats du parenchyme splénique. Liquide contenu : 1.500 cc., fluide, brun, brillant, gouttelettes graisseuses, cristaux de cholestérine, quelques éléments sanguins ; cultures négatives. Examen histologique : pratiqué immédiatement après la splénectomie, l'examen n'a révélé qu'une paroi de tissu fibreux. Ce n'est que neuf ans plus tard, en voyant publier les premiers cas de kystes épithéliaux, que l'auteur recommence l'examen en prenant cette fois la précaution de prélever les fragments dans les régions voisines du tissu splénique, au fond des récessus. On constate alors l'existence d'une épithélium d'abord discontinu puis pluristratifié. Au fond des récessus, couche épithéliale constituée de 8 à 10 assises. Cellules superficielles plates, pointues, à noyaux aplatis. Assises sous-jacentes formée de cellules polyédriques à noyau ovalaire. La rangée la plus profonde est formée de cellules à noyaux arrondis, disposées perpendiculairement à la direction des couches. Au-dessous : une lame de tissu conjonctif lâche la sépare du tissu conjonctif fibreux. Ni formation cornée, ni formations pilo-sébacées. Les petits kystes intra-parenchymateux ou sous-capsulaires sont bordés le plus souvent par une seule assise cellulaire aplatie. Certains recessus sont intéressés par les coupes de telle sorte qu'ils apparaissent comme des îlots d'épithélium pluristratifié reposant sur une base conjonctive. « Dans l'ensemble, cet épithélium stratifié ressemble à l'épiderme bien que l'on n'y ait découvert ni follicules pileux, ni glandes sébacées, ni couche papillaire, ni couche cornée ».

OBS. IX (P. E. WEILL, ROUX-BERGER et SCÉMAMÀ). — Jeune fille

de 15 ans est hospitalisée pour une tumeur de l'hypocondre gauche apparue depuis 5 mois environ. Thorax asymétrique par éversement des fausses côtes gauches. Voussure arrondie à contours réguliers dans l'hypocondre gauche. Masse de consistance ferme, non réniente, dont on ne peut accrocher les bords, qui ne présente pas d'incisures. Mate sur toute sa hauteur, s'étend entre la ligne médiane en avant et la ligne axillaire en dehors. Fixe, ne donne ni contact lombaire, ni ballotement rénal. Le reste de l'examen somatique est négatif. Formule sanguine normale. A l'examen radiologique : hémidiaphragme gauche surélevé, flanc gauche occupé par une ombre qui descend jusqu'à la crête iliaque. L'angle colique gauche sous-jacent à la tumeur. Estomac déjeté à droite de la ligne médiane, comprimé dans ses 3/4 supérieurs. Ponction exploratrice : liquide marron, limpide, hématique. Diagnostic de kyste hématique du lobe gauche du foie ou de la queue du pancréas. Intervention : c'est un kyste du pôle supérieur de la rate qui adhère aux organes voisins. L'évacuation du liquide facilite la splénectomie. Guérison. La malade est revue bien portante 2 mois 1/2 plus tard.

Kyste uniloculaire du pôle inférieur de la rate. Surface interne rendue irrégulière par de nombreuses saillies en colonnes. Les préparations histologiques montrent un épithélium stratifié, surtout visible au niveau de petits kystes intra-pariétaux qui semblent des diverticules de la grande cavité kystique. Les assises cellulaires se superposent, une couche de cellules basales se dessine. « Cet épithélium ferait penser à un épithélium malpighien ; cependant on ne trouve nulle part de productions d'éléidine ; les cellules ne ressemblent pas à celles du corps muqueux de Malpighi dont elles n'ont ni la forme polygonale, ni le noyau arrondi, ni les ponts protoplasmiques intercellulaires ; elles sont au contraire accolées les unes aux autres, étirées, avec un noyau souvent aplati ». Dans la paroi de nombreux amas cellulaires épithéliaux, dont certains ont un centre nécrosé, de nombreux petits kystes tapissés d'un revêtement formé d'une couche unique de cellules cubiques. Aucune formation dermique (follicules pileux ou glandes annexes).

3) KYSTES ÉPITHÉLIAUX WOLFFIENS.

OBS. X (SANTY). — Garçonnet de 15 ans, hospitalisé pour splénomégalie. Déformation évidente de la base de l'hémi-thorax gauche. Masse qui s'engage sous le rebord costal à son pôle supérieur et dont le pôle inférieur vient faire saillie dans le quadrant supérieur gauche de l'abdomen, atteignant la crête iliaque en bas, la ligne médiane en dedans. Il est possible de palper un

bord crénelé qui affirme son origine splénique. Consistance ferme, régulière. Formule hématologique peu modifiée : forte proportion de lymphocytes. Traitement radiothérapique essayé durant trois semaines sans aucune amélioration ; à un nouvel examen il semble exister une consistance kystique avec sensation de flot. Intervention : incision oblique de l'hypocondre. A la partie supérieure on doit obturer une blessure de la plèvre. Splénectomie. Guérison. Rate pesant 2.700 gr., de forme sphérique à peu près régulière, bord antérieur saillant conservé. Kyste à paroi épaisse, à cavité uniloculaire dont la surface est pâle, présentant des dépressions multiples rouge foncé. Liquide hémattique, foncé, montrait des paillettes brillantes de cholestérine. Examen histologique : paroi formée de dehors au dedans de : 1° lame fibreuse épaisse disposée en trois couches : entre les deux plus externes on trouve du tissu lymphoïde ; 2° revêtement cellulaire d'allure épithéliale, discontinu, disposé en deux couches : une couche externe formée d'une ou deux rangées de cellules tassées à protoplasme acidophile ; une couche interne formée d'une rangée de cellules à grand axe longitudinal, passant en pont sur les éléments sous-jacents auxquels elles sont reliées par leurs extrémités effilées qui s'insinuent dans les intervalles des cellules des rangées externes. « Les cellules superficielles offrent tout à fait l'aspect des éléments dits « en pavé » que l'on rencontre dans les voies excrétrices wolffiennes ; leur pôle apical présente par endroits une différenciation « en brosse ».

B. — Kystes endothéliaux.

OBS. XI (BRANDBERG). — Garçon de ferme de 19 ans, toujours bien portant ; depuis un an : gonflement de l'hypocondre gauche ; ressent brusquement une violente douleur dans le flanc. Masse fluctuante occupant l'hypocondre gauche, atteignant l'horizontale de l'ombilic, dépassant la ligne médiane de deux travers de doigt. Formule sanguine absolument normale. Intervention : tumeur kystique du pôle inférieur de la rate. Splénectomie. Gros kyste de 14 cm. de diamètre qui refoule le tissu splénique sur toute la moitié inférieure de sa circonférence. Contient environ 2 litres de liquide jaune clair. Paroi interne brillante, aspect trabeculé semblable à celui des cavités cardiaques. L'examen histologique montre une paroi fibreuse, présentant un revêtement interne sous forme de quelques couches cellulaires aplaties uni-quement au fond des récessus du système trabéculaire.

OBS. XII (FOSSLER). — Homme de 24 ans ; depuis deux ans une

sensation de pesanteur du flanc gauche, de plénitude de l'hypocondre gauche aux inspirations profondes, de points de côté à l'effort. Zone mate semblant continuer la matité splénique sur une hauteur de 8 cm., débordant le rebord costal d'un travers de doigt. La palpation donne une sensation de résistance profonde de l'hypocondre. Résultats de l'examen hématologique normaux. Urines normales. Un examen radiologique du tube digestif ne révèle aucune anomalie. Intervention : tumeur kystique du pôle inférieur de la rate. Splénectomie. Guérison. Kyste de 8 cm. de diamètre, surface externe lisse, paroi épaisse de 2 à 3 mm., dépôts cartilagineux par places. Contenu jaune clair limpide. Examen histologique : le plus souvent aucun revêtement interne de la lumière kystique, mais par places les couches fibreuses qui forment la paroi s'affaissent, créant des fissures qui sont revêtues d'éléments cellulaires aplatis.

OBS. XIII (FRANK). — Négrresse de 20 ans ; au cours d'une grossesse un an auparavant, a ressenti une brusque douleur dans l'hypocondre gauche. Depuis l'accouchement (il y a cinq mois) elle a remarqué une tuméfaction. Tumeur volumineuse, mobile, fluctuante, débordant le rebord costal gauche. Diagnostic : kyste de la rate. Formule sanguine montre une réaction lymphocytaire (59 %). Splénectomie. Guérison. Kyste de 15 cm. de diamètre du pôle inférieur de la rate. Contenu liquide grisâtre, trouble, riche en cristaux de cholestérine. Paroi interne luisante, lisse, à aspect trabéculaire. A la face interne de la paroi fibreuse, il existe une couche mince et unique de cellules à noyau ovoïde qui « semblent plus mésothéliales qu'endothéliales ».

OBS. XIV (HEINRICIUS). — Jeune fille de 14 ans ; depuis un mois environ a remarqué l'existence d'une tumeur abdominale. Francement hypogastrique, descend jusqu'à un travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne, remonte à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Surface lisse régulière. Extrêmement mobile, elle se laisse remonter jusque dans l'hypocondre gauche. Elle est indépendante de l'utérus. Les deux ovaires peuvent être palpés. Intervention : kyste splénique. Splénectomie. Guérison. Kyste contient 800 cc. de liquide jaune brun, floconneux, riche en cristaux de cholestérine ; densité 1030. Paroi épaisse de 3 mm. seulement à son point le plus saillant, atteint 7 mm. au point où elle s'implante sur la rate. La face interne présente des trabéculations surtout saillantes au niveau du reliquat splénique et qui disparaissent au point le plus tendu. Examen histologique : paroi constituée d'une couche conjonctive fibrillaire, très

pauvre en cellules. En une place un revêtement cellulaire en mosaïque formé de cellules rondes, à noyau arrondi, tassées les unes contre les autres.

OBS. XV (HOWALD). — Jeune femme de 28 ans ; présente de longue date des troubles abdominaux ; on a bien reconnu l'existence d'une splénomégalie, néanmoins elle subit deux interventions : appendicectomie à 21 ans, cure de rétroversion utérine à 23 ans. La tumeur de l'hypocondre gauche continue à s'accroître, bientôt la malade est gênée surtout au cours de la marche par de la dyspnée, des points de côté. Ponction exploratrice : liquide séreux. Diagnostic de kyste de la rate. Intervention. Splénectomie. Guérison. Kyste contenant 2.900 cc. de sérosité louche rosée, nombreux cristaux de cholestérine. Paroi lisse, blanc-jau-nâtre, nombreux trabécules saillants. L'examen histologique montre trois zones : 1° du tissu splénique modifié dont les follicules sont plus nombreux que de coutume ; 2° une couche conjonctive : fibres collagènes sans fibres élastiques ; 3° un revêtement cellulaire endothélial. De nombreux petits kystes au voisinage présentent un revêtement cellulaire qui offre les caractéristiques d'un « *syncytium endothélial* ».

OBS. XVI (JENTZER). — Femme de 28 ans ; présente une tumeur abdominale. A l'âge de 23 ans, à l'occasion d'une crise douloureuse, on a découvert une splénomégalie percutable avec formule sanguine normale ; à l'âge de 24 ans, souffrant de la fosse iliaque gauche, elle est opérée pour une ovarite scléro-kystique. A ce moment on constate l'existence d'une tumeur de l'hypocondre gauche. Depuis lors des troubles nouveaux sont apparus : essoufflement facile, points de côté à la marche rapide. Tumeur lisse, élastique, occupant tout l'hypocondre gauche. Le catéthérisme urétéral élimine la possibilité de tumeur rénale. Radiographie de l'estomac après ingestion barytée : tout l'organe est déjeté à droite. Ponction exploratrice : liquide foncé, contenant des globules rouges et de la cholestérine. Formule sanguine normale. Intervention : tumeur kystique de la rate. Splénectomie. Suites opératoires troublées par un court épisode de sub-occlusion. Guérison au bout d'un mois. Revue 4 ans plus tard, se porte très bien, a accouché normalement trois ans après l'intervention. Le kyste contenait 2.900 cc. de liquide louche foncé. A son voisinage, de nombreux petits kystes dans la pulpe splénique. A l'examen histologique : sur la plupart des coupes il existe un revêtement endothélial. Petits kystes tapissés par un « *syncytium* riche en noyaux, d'allure endothéliale », tantôt contigus, tantôt séparés par une bande de tissu splénique.

OBS. XVII (KUBANYI). — Fillette de 11 ans ; depuis un an une tumeur du flanc gauche qui n'entraîne aucun trouble. L'intra-dermo-réaction de Casoni est négative. L'examen hématologique est normal. Intervention : tumeur kystique de la rate très adhérente au diaphragme et à l'épiploon. Splénectomie. Drainage. Guérison. Le kyste a à peu près le volume d'une tête d'enfant : poids 3.050 gr. La rate est étalée à sa surface. Cavité uniloculaire, liquide jaune clair. Examen histologique : très nette hypertrophie du réticulum fibreux de la rate. Paroi formée dans sa portion périphérique d'un tissu conjonctif pauvre en cellules. Surface interne tapissée d'une couche de cellules allongées, plates, « rapelant les cellules endothéliales ».

OBS. XVIII (LAMBERT). — Femme de 34 ans ; depuis trois ans, douleurs intermittentes de l'épigastre, sans rapports avec les repas, exagérées ou réveillées par la marche. Pas de troubles digestifs jusqu'aux jours qui précèdent son hospitalisation : des nausées sont alors apparues. Amaigrissement. On ne palpe pas de tumeur, mais la palpation profonde de l'hypocondre gauche est douloureuse. Formule sanguine normale. A la radiographie : grande courbure de l'estomac déformée par une compression extrinsèque. Splénectomie. La rate était très adhérente au diaphragme. Guérison. La rate hypertrophiée présente deux saillies fluctuantes sur sa face convexe. A la coupe : une seule cavité formée de trois poches communicantes, avec nombreux petits récessus. Paroi interne lisse et luisante, présentant de nombreuses saillies ; certaines, qui séparent les différentes poches, sont réduites à de simples cloisons transparentes. Liquide clair, ambré, épais et visqueux. Examen histologique : paroi conjonctive recouverte sur sa face interne d'un revêtement de cellules ellipsoïdes que LAMBERT interprète comme des cellules conjonctives modifiées. Leur disposition est variable : tantôt serrées en mosaïques, tantôt séparées. Les noyaux et les corps cellulaires prennent fortement les colorants. Au fond des récessus les plus profonds, les cellules ont une forme cubique et il semble en exister plusieurs couches.

OBS. XIX (LANDELIUS). — Garçonnet de 12 ans ; après quelques symptômes vagues, accuse une douleur vive, brutale, dans l'hypocondre gauche. On découvre une tuméfaction qui dépasse la ligne médiane et l'horizontale passant par l'ombilic. Intervention : le kyste se rompt au cours des manœuvres de libération, laissant échapper un liquide chocolat. Cavité uniloculaire. Marsupialisation. Fermeture de la fistule spontanément, au bout de deux mois

et demi et guérison. Un fragment de la paroi avait été prélevé : il montre dans l'épaisseur de la couche fibreuse de nombreuses lacunes tapissées d'une seule couche d'endothélium plus ou moins élevée (ce qui avait permis à l'auteur de classer son cas comme lymphangiome caverneux).

OBS. XX (LINDQVIST). — Femme de 24 ans ; depuis deux mois : gêne dans l'hypocondre gauche, dyspnée d'effort, maigrit un peu, asthénie. Grosse rate mobile, légèrement sensible. Examen hématologique normal. Examen radiologique : une ombre arrondie refoule l'angle colique gauche vers le bas, l'estomac vers la droite. Intervention avec le diagnostic de kyste non parasitaire de la rate, Splénectomie. Guérison. La rate extirpée pèse 3 kgs, est occupée par un grand kyste uniloculaire ; d'autres petits kystes sont visibles à côté du grand. Examen histologique : la paroi est composée d'une couche épaisse de tissu conjonctif en partie hyalinisée et tapissée du côté de la lumière de la cavité kystique d'un revêtement endothélial.

OBS. XXI (MONNIER). — Jeune fille de 21 ans ; a présenté il y a deux mois une crise très violente de douleurs dans l'hypocondre gauche, avec irradiations dorsales et vers les membres inférieurs. Une semaine après la crise douloureuse : apparition d'une tumeur qui s'accroît rapidement. Asymétrie thoracique, évitement de la base gauche. Tumeur de consistance kystique dans l'hypocondre gauche mobile avec la respiration. A l'auscultation : « craquements du cuir neuf » synchrones aux mouvements respiratoires. Examen hématologique normal. Radiographie de l'estomac : l'organe est déjeté à droite. Les urines sont normales. Intervention : tumeur kystique de la rate qui ne peut être extirpée facilement qu'après évacuation du liquide par ponction. Guérison en six semaines, retardée par un épanchement pleural gauche. Kyste uniloculaire. Contenu : 3,5 litres de liquide épais, chocolat, riche en gouttelettes graisseuses, en cristaux de cholestérine, en éléments figurés du sang. Paroi interne d'aspect luisant présentant de nombreux récessus. Les coupes histologiques montrent que la paroi est formée de 3 zones, dont l'interne présente un revêtement, déchiqueté par places, de cellules endothéliales caractéristiques parfois en disposition stratifiée.

OBS. XXII (NAVRATIL). — Jeune fille de 19 ans ; au cours d'un effort, deux ans auparavant, a présenté une douleur violente du côté gauche. Depuis elle ressent fréquemment des douleurs sous le rebord costal gauche. Depuis six mois elle a remarqué une tu-

méfaction qui s'accroît progressivement. Evasement de la base du thorax. Tumeur élastique de l'hypocondre qui atteint la ligne médiane, qui s'engage sous le rebord costal à son pôle supérieur. Immobile à la respiration. La sonorité de l'espace de Traube est rétrécie. Formule hématologique normale. L'estomac est déplacé à droite par une tumeur globulaire sous-phrénique. L'angle splénique du côlon est abaissé. Le rein gauche est déplacé en bas et en dedans, mais non déformé. Intervention. Tumeur kystique du volume d'une tête d'enfant, qui occupe le pôle supérieur de la rate. Splénectomie. Drainage par contre-incision lombaire. Guérison. La surface interne présente de nombreuses saillies et de petites cavités. Contenu : liquide foncé, alcalin, de densité 1025. La paroi est formée d'une capsule de tissu conjonctif lamellaire, sa face interne est revêtue de cellules endothéliales.

OBS. XXIII (NAVRATIL). — Jeune fille de 16 ans ; depuis un an : sensations d'oppression, de plénitude de l'hypocondre gauche lorsqu'elle marche ou se baisse. Depuis 4 mois : voussure du quadrant supérieur gauche de l'abdomen. Quelques troubles digestifs : ballonnement épigastrique après les repas. Sous le rebord costal il existe une tumeur de consistance élastique, à surface lisse, non douloureuse, qui atteint la crête iliaque et la ligne médiane. Immobile à la respiration. Formule sanguine normale. Urines normales. A la radiographie : déplacement de l'estomac de l'angle colique gauche et du rein gauche comme dans le cas précédent. Diagnostic de tumeur kystique de la rate confirmé par l'intervention. Splénectomie. Guérison. Kyste du volume d'une tête d'adulte. Contenu foncé, alcalin, densité 1026. Grande cavité uniloculaire. Examen histologique : capsule fibreuse hyalinisée ; la surface interne est tapissée de cellules endothéliales.

OBS. XXIV (NOVAK). — Jeune femme de 22 ans ; douleurs intermittentes de l'hypocondre gauche avec irradiations vers l'épaule gauche. Dyspnée apparue depuis que la tumeur s'est accrue. Aucun antécédent traumatique ni paludéen. Pas de grossesse. L'hypocondre gauche est déformé par une tumeur mobile globuleuse, très antérieure, dont la consistance élastique évoque l'idée d'un kyste. Aucun trouble digestif ou urinaire. Formule sanguine normale. A la radiographie : estomac déplacé à droite. Fonctionnement normal du rein gauche. Splénectomie. Guérison. Contenu : liquide clair. Cavité uniloculaire dont la paroi interne présente de nombreuses trabécules saillantes. Au microscope : la capsule de tissu conjonctif dense présente, çà et là, à sa face interne, un revêtement de cellules cubiques, basses, qui disparaît en de nombreux points.

Les six observations suivantes concernent manifestement des kystes à revêtement cellulaire, mais sont difficiles à placer avec précision dans l'un ou l'autre des deux groupes ci-dessus établis, par suite du manque de détails particulièrement précis.

OBS. XXV (BARONI, d'après analyse du *Journal de Chirurgie*, XXXVIII, p. 750). — Jeune fille de 17 ans. Tumeur lisse globuleuse, très mobile. Grand kyste uniloculaire du pôle inférieur de la rate. Splénectomie. Guérison. « Paroi interne tapissée d'un épithélium presque partout formé de cellules lamelliformes disposées en un stratus unique. Un petit kyste, lui aussi délimité par un épithélium lamelliforme, fait saillie sur la paroi du grand kyste : à son niveau l'épithélium du grand kyste se développe en plusieurs couches.

OBS. XXVI (CREDE). — Homme de 44 ans. Dans les antécédents un traumatisme sur la région splénique dix ans auparavant. Tumeur apparue depuis un an ; depuis six mois elle le gêne dans son travail et devient sensible à la pression. Tumeur fluctuante très mobile. Splénectomie. Guérison. Grand kyste de la moitié inférieure de la rate. Liquide clair, pauvre en albumine, riche en cristaux de cholestérine. « La surface intérieure, réticulée par des saillies, est recouverte par un épithélium aplati » (BIRCH-HIRSCHFELD).

OBS. XXVII (FINK, d'après FOWLER). — Garçon de 14 ans. Pas de traumatisme. Incision, résection de la paroi kystique. Guérison. Paroi interne trabéculaire. Pas d'épithélium net sauf au fond de culs-de-sac (interprétés comme espaces lymphatiques) où il existe un épithélium grêle.

OBS. XXVIII (HOMANS, d'après FOWLER). — Jeune femme de 23 ans. Splénectomie. Résultat ultérieur non connu. Paroi conjonctive qui est tapissée sur sa face interne par une couche endothéliale.

OBS. XIX (MORESCHI et GHETTI, citée par FOWLER et BIRCHER). — Femme de 42 ans. Splénectomie. Guérison. La paroi conjonctive était tapissée d'une rangée épithéliale. Le contenu était séro-sanguinant et la femme avait subi un traumatisme un mois auparavant.

OBS. XXX (SEGELMANN). — Femme de 30 ans. Tumeur de l'hypocondre gauche apparue depuis 3 ans. Elle grossit rapidement et, lorsqu'on voit la malade, la tumeur atteint en haut la septième côte. Splénectomie. Guérison. Un grand kyste uniloculaire à contenu séro-sanglant. A l'examen histologique, il existe par places des éléments épithéliaux.

Enfin, les trois observations suivantes sont des observations d'autopsie dont nous avons trouvé le résumé dans le travail de FOWLER.

OBS. XXXI (KÜHNE). — Un kyste unique à revêtement endothéliale.

OBS. XXXII (LEUDET). — Femme de 60 ans, morte d'une af-

OBS. XXXIII (SPILLMANN). — Homme de 51 ans. Grand kyste à parois calcifiées. Revêtement endothélial.

C. — Cas douteux.

OBS. 1 (BELLOT). — Jeune homme de 21 ans qui, brusquement, au cours d'un match de football, sans traumatisme direct, ressent un très violent point de côté. Tumeur comblant l'hypocondre gauche, augmentant rapidement de volume. Formule sanguine normale. Liquide séro-hématique à la ponction. Injections modificatrices d'électrargol puis de nitrate d'argent. Trois jours après la seconde ponction, élévation thermique à 39°, douleurs très violentes, tant spontanées que provoquées, au niveau de la tumeur qui devient tympanique. La ponction ramène alors des gaz. Intervention d'urgence, drainage. Guérison.

OBS. 2 (BENTON). — Femme de 28 ans. Tumeur de l'hypocondre gauche depuis 4 ans. Pollakiurie. Pas de traumatisme. Tumeur que l'existence d'une encoche le long d'un bord arrondi permet de reconnaître comme étant d'origine splénique. Aucune modification sanguine. Aucune adénopathie. Déplacement de l'estomac à droite, du côlon vers le bas, du rein gauche vers le bas. Splénectomie. Kyste à contenu chocolat, à paroi interne brillante, lisse, trabéculée.

OBS. 3 (DARLING). — Jeune fille de 18 ans. Douleurs du flanc gauche, irradiations scapulaires. Voussure sous-costale d'accrois-

sement rapide. Palpitations. Une incisure le long du bord inférieur fait reconnaître son origine splénique. Formule sanguine absolument normale. Splénectomie. Guérison contrôlée un an après.

OBS. 4 (FUSS). — Jeune fille de 22 ans. Depuis deux ans douleurs diffuses abdominales, nausées, vomissements, constipation. Tumeur de l'hypocondre du volume d'une boule de billard, repousse l'estomac à droite, abaisse l'angle colique gauche, n'a aucun rapport avec le rein dont l'image est normale. Intervention. Splénectomie. Guérison. Kyste du pôle inférieur : 4 cm. de diamètre. Contenu jaune trouble ; paroi calcifiée, à surface interne trabéculée.

OBS. 5 (FUMAGALLI). — Femme de 30 ans. Depuis un an pesanteur du flanc gauche accrue par la marche. Tuméfaction douloureuse à la pression, dureté ligneuse, mobile à la respiration, mobile transversalement, ne donne pas de ballonnement rénal. Urine normale, formule hématologique normale. A la radio : ombre très nettement visible d'une opacité quasi osseuse, se projette en avant de l'angle colique gauche. L'image du rein est normale. Intervention. Tumeur du pôle inférieur de la rate dont le reste semble normal. Résection partielle. Suture hémostatique sur lambeau épiploïque. Guérison. Kyste contenant 40 cc. de liquide ambré, formé de cholestérine presque pure. Paroi à surface interne lisse, brillante, trabéculaire.

OBS. 6 (GATERSLEBEN). — Femme de 34 ans. Douleurs de l'hypocondre gauche accompagnées depuis deux mois de sensation de faiblesse et d'amaigrissement. Matité splénique plus étendue que normalement. Région sous-costale gauche sensible à la pression. Examen de sang : formule normale. A la radio : tumeur ovulaire opaque, à bords nets, recouverte en partie sur bon bord interne par l'estomac, refoulant en bas et en dedans l'angle colique gauche. Fonction du rein gauche normale. Brusquement ascension thermique à 39° et douleurs exagérées : on craint une rupture : splénectomie. Guérison. Liquide analogue « à du pus », contient des cristaux brillants. « Ressemblances histologiques entre la paroi et les couches scléreuses tapissant la lumière d'une artère athéromateuse ».

OBS. 7 (MONDRE). — Femme de 43 ans. Augmentation de volume de l'abdomen depuis un mois, tumeur ovoïde, lisse, mobile, de consistance kystique, au-dessus de laquelle on perçoit la so-

norité colique. Diagnostic de kyste ovarien, Il s'agit d'un kyste splénique. Splénectomie. Guérison. Gros kyste entouré de nombreux petits kystes. Contenu séreux, plus clair dans les petits kystes. Paroi interne réticulée. Pas de revêtement épithélial dans le grand kyste, mais dans les petits kystes un revêtement de cellules plates ou cubiques.

OBS. 8 (MUSSEY). — Femme de 25 ans. Tumeur du flanc gauche connue depuis 7 ans. Depuis un an, grossit rapidement, entraîne des douleurs et quelques nausées. Tumeur surtout saillante à l'épigastre. Bords arrondis. Fluctuante à sa partie supérieure. Mobile à la respiration. Formule sanguine normale. Urines normales. Splénectomie (sous-capsulaire pour le pôle supérieur adhérent). Guérison contrôlée neuf mois plus tard. Kyste uniloculaire de 18 cm. de diamètre. Contenu brun jaunâtre, riche en cristaux de cholestérine. Surface interne lisse. Entre les fibres conjonctives de la paroi quelques cellules épithélioïdes.

OBS. 9 (OSTRO et MAKOVER). — Fillette de 13 ans. Sensation de pesanteur, quelques douleurs du flanc gauche, Voussure de l'hypocondre gauche. Tumeur étendue de la huitième côte à l'ombilic. Ferme, lisse, fluctuante, mobile à l'inspiration profonde. Formule sanguine normale. Estomac refoulé à droite, angle colique gauche abaissé, rein gauche déplacé vers le pelvis. Splénectomie. Guérison. Cavité kystique uniloculaire, trabéculaire, semble « tapissée par une séreuse ».

OBS. 10 (PRIBRAM). — Femme de 46 ans. Depuis l'âge de 22 ans l'existence d'une splénomégalie est connue. Depuis un an celle-ci est devenue sensible. Tumeur de l'hypogastre, du côté gauche. Sa forme évoque celle de la rate. Elle est fluctuante, très mobile. On ne perçoit pas de matité splénique à sa place normale. Examen de sang normal. Splénectomie (la rate était tordue à 180° sur son pédicule). Guérison. Kyste du volume d'une tête d'enfant, cavité uniloculaire à contenu louche, riche en cristaux de cholestérine. Pas de revêtement cellulaire à l'examen histologique.

OBS. 11 (RICHER). — Femme de 54 ans, Tumeur du flanc gauche reconnue depuis 6 mois à la suite de douleurs. Pas d'antécédents traumatiques ni paludéens. Tumeur volumineuse, mobile transversalement. Pas de signes de lésion rénale au catéthérisme urétéral. Diagnostic de tumeur para-rénale. Intervention. Tumeur dure arrondie du pôle inférieur de la rate. Splénectomie. Guérison. Kyste du volume d'un petit melon à parois calcifiées,

contenu très abondant café au lait, riche en cristaux de cholestérine.

OBS. 12 (SANDERS). — Fillette de 15 ans. Douleurs brutales sans cause apparente. Etat syncopal pendant une heure. On note l'existence d'une tumeur qui augmente progressivement. Arrondie, sans encoche, très antérieure. Pas de symptômes rénaux. Intervention. Résection partielle du pôle inférieur. Kyste à contenu brun foncé dans lequel brillent des particules arrondies. Guérison.

OBS. 13 (SHAWAN). — Jeune femme de 19 ans. Nausées, vomissements, douleurs de la fosse iliaque droite depuis deux mois, s'exagérant depuis 5 jours. Tumeur mobile du flanc gauche. A la radio : rein et urètre gauches normaux. Aucun rapport de l'ombre tumorale avec le côlon. Formule sanguine normale. Splénectomie. Guérison. Kyste à paroi calcifiée. Contenu fluide blanchâtre avec cristaux nombreux de cholestérine.

OBS. 14 (SUCHANEK). — Garçonnet de 12 ans. Tumeur splénique apparue depuis 5 ans ; douleurs à l'effort, à la marche. Tumeur du volume d'une tête d'enfant, mobile avec la respiration, fluctuante. Examen de sang normal. Splénectomie. Guérison contrôlée 9 mois après. Kyste à paroi blanche bleuâtre. Nombreux petits kystes au voisinage. La surface interne, brillante, blanche bleutée, présente un réseau de cordelette délimitant des petits récessus. Examen histologique : paroi nettement séparée du tissu splénique. Pas de revêtement cellulaire interne visible. Les petits kystes sont séparés par des cloisons tapissées d'un revêtement cellulaire. Parfois on les voit se rapprocher et leurs cavités ont tendance à s'ouvrir les unes dans les autres.

OBS. 15 (TILTON). — Femme de 20 ans. Tumeur apparue depuis 4 ans sans traumatisme sans paludisme. Pesanteurs ressenties depuis un mois. Tumeur lisse, tendue, mobile à la respiration. Refoule l'estomac à droite. Sang normal. Splénectomie. Guérison. 6 litres de liquide chocolat.

OBS. 16 (WEBER et SCHLÜTER). — Garçon de 26 ans. Tumeur remarquée depuis 18 mois. Gêne inspiratoire depuis 3 mois. Sang normal. Casoni négatif. Splénectomie. 4 litres de liquide verdâtre avec nombreux cristaux de cholestérine.

PATHOGENIE

La pathogénie des kystes non parasitaires de la rate est extrêmement controversée, toutes les hypothèses les plus diverses ont été formulées sur ce sujet. Nous passerons en revue les diverses interprétations qui ont été données et nous envisagerons dans quelles mesures elles semblent devoir être retenues.

Il est fort vraisemblable, comme le faisait remarquer BIRCHER, qu'il n'y ait pas une pathogénie unique pour tous les kystes non parasitaires de la rate. Mais il est extrêmement probable que, le plus souvent, en ce qui concerne les kystes vrais, à paroi propre, nettement différenciée, il s'agisse d'une malformation congénitale. En faveur de cette hypothèse générale, nous retiendrons l'existence du revêtement cellulaire lui-même, et surtout le fait que ces kystes surviennent presque uniquement chez des sujets jeunes.

1° TRANSFORMATION D'UN HÉMATOME : Cette hypothèse a été formulée jadis par de nombreux auteurs. Le rôle du traumatisme a été pendant longtemps invoqué. Des observations nombreuses en font foi (BARDENHEUR, CREDE, GHETTI, LEJARS, HEDINGER). Dans ce cas, une fois l'hémorragie spontanément arrêtée, l'hématome résiduel s'organiserait progressivement. Le sang se résorberait, les éléments figurés disparaîtraient par destruction ou par dépôt sur les parois fibreuses qui se constituent spontanément à la limite de séparation de la collection hématique et du tissu splénique dilacéré. C'est ce mécanisme que BIRCHER, après considération des différentes remarques ci-dessus énoncées, invoque et donne pour le plus vraisemblable.

2° NÉCROSE : La nécrose, pour certains auteurs, pourrait être à l'origine de la formation d'une cavité kystique. Cette

nécrose pourrait être secondaire à différentes causes : cause vasculaire : oblitération artérielle par thrombose, par infarctus (DOBZANIECKI), par torsion pédiculaire (BIRCHER) ou cause infectieuse (PECK, ROYSTER).

La nécrose infectieuse a été défendue particulièrement par les recherches de BÖTTCHER. Etudiant une dégénérescence amyloïde de la rate, cet auteur a découvert des sinus entièrement bouchés par cette amylose, des plages apoplectiques dans le parenchyme splénique. Elles présentaient parfois un contenu liquide : hémorragique ou séreux. Très souvent ces plages de ramollissement étaient entourées de productions fibreuses. Et même dans certains cas, BÖTTCHER aurait découvert à leur périphérie un revêtement cellulaire. Si l'on se souvient que, dans l'observation de WEILL, on avait aussi nettement distingué des plages qui semblaient présenter les caractères d'une dégénérescence amyloïde, cet auteur avait pensé qu'il s'agissait plutôt de formations épithéliales primitives secondairement dégénérées.

La nécrose d'origine vasculaire a été défendue par BIRCHER qui avait trouvé une rate kystique dont le pédicule était tordu de 180°. Mais il est possible également de retrouver d'autres cas dans lesquels une torsion semblable existait (PRIBRAM) et où la formation kystique semblait manifestement primitive. La possibilité de mobilisation d'une rate kystique sous l'effet de l'augmentation de son poids nous a semblé indiscutable et rien ne s'oppose plus alors à ce que sous l'influence de traumatismes extérieurs, cette mobilité anormale n'entraîne une torsion de la rate sur son pédicule.

Enfin l'existence d'abcès intra-spléniques, tuberculeux le plus souvent (PECK, ROYSTER) ne peut être retenue vraiment comme une cause de dégénérescence kystique.

3° INCLUSIONS PÉRITONÉALES : Les inclusions péritonéales ont été invoquées par de nombreux auteurs. BESNIER est le premier à en faire mention dans le cas de kystes nombreux intra-spléniques sous-capsulaires.

Cette hypothèse a été reprise souvent avec des explications différentes : pour RAMDOHR, ce serait à la suite de

petites ruptures capsulaires, consécutives à des traumatismes minimes, souvent répétés, que se produiraient de petites hernies sous-capsulaires de la pulpe splénique. L'épithélium péritonéal pourrait être alors entouré et inclus dans ces hernies pulpaies.

Pour M. B. SCHMIDT, s'il s'agit aussi de petites hernies pulpaies à travers des ruptures capsulaires, le mécanisme de ces ruptures est différent. Cet auteur est d'avis que les ruptures capsulaires sont alors secondaires aux modifications fréquentes de volume de la rate. Ce mécanisme se retrouverait en particulier dans les rates infectieuses (plus spécialement dans les splénomégalies typhiques ou secondaires à une infection puerpérale). C'est aussi l'avis de SUBBOTIC, qui rapporte deux observations de kystes survenus sur des splénomégalies préexistantes. Et ces auteurs invoquent en faveur de ce mécanisme la plus grande fréquence des kystes spléniques chez les femmes.

Pour RENGGLI, l'inclusion péritonéale relèverait d'un mécanisme nettement différent. Ce serait au cours d'une période antérieure à la naissance que cette inclusion se produirait ; son mécanisme vraisemblablement infectieux ne pourrait être précisé formellement.

Pour tous ces auteurs qui défendent le mécanisme de l'inclusion péritonéale, les deux plus grands arguments sont : d'une part le siège fréquent sous-capsulaire des kystes, d'autre part le revêtement cellulaire cubique semblable à la séreuse péritonéale.

4° DILATATION LYMPHATIQUE : L'origine lymphatique des kystes spléniques a été extrêmement souvent admise. Les travaux qui tendent à la prouver sont multiples. Cependant avant même de la prendre en considération, serait-il utile, ainsi que le fait HOWALD, de rechercher s'il existe vraiment, de façon indiscutable, des lymphatiques nettement différenciés dans la rate. Or, sur ce sujet, les opinions divergent énormément. SCHRIDDE, dans le *Traité d'Anatomie pathologique* de ASCHOFF, est d'avis qu'il n'existe pas de vaisseaux lymphatiques dans la rate. Pour certains auteurs, il existerait

bien des vaisseaux lymphatiques, mais ils seraient peu nombreux. STÖHR est d'avis que les lymphatiques de la rate sont uniquement superficiels et sous-capsulaires. Pour KÖLLIKER, il existe des lymphatiques autant superficiels que profonds mais en nombre extrêmement réduit. Enfin KAUFMAN semble d'un avis à peu près semblable. Mais il est des auteurs qui sont d'avis que la rate est très riche en lymphatiques : c'est le cas de SCHMIDT, de GEIPEL qui, dans deux cas de carcinomes spléniques, devant des cordons de cellules carcinomateuses, pense que ceux-ci se sont infiltrés dans la pulpe splénique en suivant des vaisseaux lymphatiques disposés parallèlement aux artérioles. De ceci il est impossible donc de rejeter l'existence de ces vaisseaux lymphatiques intra-spléniques.

En faveur de l'origine lymphatique, par dilatation, des kystes, le principal argument retenu avait été l'existence dans la paroi kystique elle-même ou dans la pulpe splénique à proximité de la grande cavité de petites cavités secondaires. En fait, comme ces petits kystes intra-pariétaux ou intra-parenchymateux se rencontrent aussi bien dans les kystes à revêtement épithélial ou à revêtement endothélial et que, comme l'a fait remarquer WEILL, on ne trouve pas une véritable dégénérescence lymphangectasique généralisée de l'organe, cette origine semble difficile à affirmer. Cependant, c'est l'avis de FINK. Et pour cet auteur, cette origine ne fait aucun doute. Il s'agit alors de formations absolument semblables aux cavernomes des vaisseaux sanguins, ces kystes contiennent des produits circulants de la lymphe. La véritable preuve pour cet auteur serait une structure histologique et microscopique semblable. Et cet auteur aurait trouvé nettement des formes de transition entre une simple ectasie lymphatique et les grandes cavités kystiques. BIRCHER, en faveur de cette hypothèse, compare ces formations aux angiomes caverneux. Pour KÜHNE, la preuve histologique en serait la présence d'une couche cellulaire aplatie tapissant la face interne de la cavité.

Pour HOWALD, les kystes se développent sur un terrain

préexistant de lymphangiome dans lequel contribuent les dilatations des deux types de vaisseaux, sanguins et lymphatiques. Il s'agirait alors d'une malformation embryonnaire; d'une néoformation à proprement parler du type auquel ALBRECHT réserve le nom de : Hamartome. Pour LUBARSCH, l'origine lymphatique ne fait aucun doute, c'est toujours le même argument, la présence de petites cavités kystiques intra-pariétales qui en est la preuve. Le grand kyste ne serait formé que par la confluence de nombreuses petites cavités kystiques : les cloisons intermédiaires, les saillies qui soulèvent la paroi interne de cette cavité en seraient un reliquat probant.

La cause de cette dilatation lymphatique, chez les auteurs dont nous venons de voir les hypothèses, serait toujours une malformation embryonnaire. Il en est autrement pour BIRCHER, celui-ci pense que le plus souvent cette dilatation lymphatique est acquise, se produit sous l'influence de modifications de pression : c'est pourquoi elle serait si fréquente chez la femme où le facteur congestif cataménial ou gravidique peut être invoqué.

5° INCLUSIONS DE GERMES : C'est l'hypothèse de CONHEIM. Il existe une spécificité absolue des tissus. Il est indispensable qu'un bourgeon nettement différencié soit le point de départ d'une malformation à type histologique nettement défini. Cette hypothèse, en ce qui concerne les kystes à revêtement épithélial, est nettement confirmée, du point de vue général, par la possibilité du développement de greffes épithéliales telles qu'il s'en rencontre au niveau des membres dans les kystes épithéliaux post-traumatiques.

L'origine du bourgeon peut être différente : ce pourrait être l'inclusion d'une cellule blastulaire pluri-potentielle enfermée dans ce qui serait ultérieurement l'ébauche splénique au cours de la gastrulation. Mais on se demande comment alors au cours du développement ultérieur du kyste, il se formerait uniquement un seul type de tissu nettement différencié.

On pourrait invoquer avec plus de raison, semble-t-il, l'in-

clusion de bourgeons provenant d'un tissu germinatif. En faveur de cette théorie, DINAND, SANTY invoquent les rapports extrêmement proches qui existent chez l'embryon de 10 mm. entre l'ébauche splénique et l'ébauche des glandes génitales. Cette théorie serait renforcée par les découvertes qui ont été faites de développement ectopique de tissu splénique dans les glandes génitales (testicules ou ovaires), 4 cas en ont été décrits. En plus une observation de l'Institut Anatomique de Vienne décrit un cordon plein reliant le hile de la rate au mésosalpinx. Et pour WITSCHKE, c'est une preuve de la possibilité d'inclusion de cellules de l'une des ébauches organiques dans l'autre. C'est aussi l'opinion de ANDRAL qui interprète le cas de kyste dermoïde qu'il avait observé comme une inclusion d'une cellule de l'ébauche génitale dans la rate.

Cette hypothèse semble presque absolument évidente en ce qui concerne les kystes dermoïdes et les kystes épithéliaux-épidermoïdes.

6° FORMATION AUTOCHTONE : Cette dernière théorie a été défendue, en ce qui concerne l'explication de son cas propre, par DINAND. Cette hypothèse réfute l'existence de toute spécificité tissulaire. Le point de départ de la formation kystique et de son revêtement cellulaire serait un élément quelconque du parenchyme splénique. Ainsi un tissu d'origine méso-dermique pourrait se transformer en un tissu épithélial, malpighien par exemple. A l'appui de cette théorie, DINAND invoque le travail de MÜLLER qui décrit la formation d'un épithélium stratifié avec de nettes fibrilles épithéliales dans le revêtement interne de la bourse séreuse rétro-olécra-nienne d'un malade de 54 ans. La microphotographie reproduite montre très nettement un épithélium aplati, pluristratifié, avec de nettes fibrilles épithéliales et une couche germinative qui ne peut pas être différenciée des couches les plus profondes de l'épiderme. En faveur de cette théorie également, DINAND invoque aussi une communication de HAMDI, qui, au Congrès d'Anatomie pathologique de Vienne, a discuté une série de formations d'allure épidermique à

partir du tissu d'origine non ectodermique (cellules épidermoïdes dans les tumeurs des séreuses, dans les formations cartilagineuses des séreuses et dans un carcinome pleural primitif).

En fait, de cet exposé pathogénique, quelques éléments peuvent être retenus : si les traumatismes, les processus inflammatoires qui ne donnent que des collections liquidiennes sans paroi strictement différenciée, ne peuvent être invoqués à l'origine de vrais kystes spléniques. Si le mécanisme de l'inclusion péritonéale est vraisemblablement très souvent responsable des formations kystiques multiples, superficielles, sous-capsulaires, que l'on trouve fréquemment le long du bord antérieur ou le long du bord antéro-interne de la rate (formations kystiques qui n'ont aucune traduction clinique et qui ne sont jamais que des découvertes d'autopsies). Par contre, il semble extrêmement difficile de s'en rapporter à lui en ce qui concerne les kystes profonds intra-parenchymateux.

Trois hypothèses au total doivent être retenues : hypothèse de la dilatation lymphatique, hypothèse de l'inclusion d'un bourgeon cellulaire, hypothèse d'une formation autochtone. Si l'on veut, à la suite des travaux de MÜLLER et de HAMDI, réfuter toute loi de spécificité des tissus, on peut admettre que, quel que soit le type du revêtement cellulaire du kyste envisagé, le point de départ est le même, mais imprécis, à partir d'un élément quelconque du parenchyme splénique. Mais si l'on admet la loi de la spécificité tissulaire qui semble si couramment affirmée, il est bien évident qu'en ce qui concerne les kystes que nous avons envisagés, il est impossible de leur reconnaître une origine unique :

1° Dans les kystes épithéliaux, il est indispensable de s'en rapporter à l'inclusion intra-splénique d'un bourgeon épithélial. Que ce bourgeon n'ait pas dans tous les cas une même origine, ceci semble aussi devoir être retenu. En effet, il est vraisemblablement indiscutable que dans le cas de kystes à revêtement wolffien, tel que celui que SANTY a rap-

porté, il s'agit d'inclusion d'épithélium germinatif génital produit à une période déjà avancée du développement lorsque les deux ébauches splénique et génitale sont au contact l'une de l'autre. Par contre, dans les cas de kystes à épithélium de structure épidermoïde, malgré l'opinion de ANDRAL, il semble qu'il doive s'agir de tératome dont le point de départ serait une inclusion produite beaucoup plus tôt au cours du développement, au moment où les différents feuilletts blastomériques se séparent et prennent leur individualité propre.

2° Dans les cas de kystes à revêtement endothélial, si l'on peut retenir l'hypothèse de la dilatation lymphatique appuyée sur les découvertes de FINK, de HOWALD, on en arrive cependant à ce moment à se demander comment il se ferait qu'une dégénérescence lymphangectasique arrivât à être tellement limitée que l'on ne puisse trouver que des formations kystiques très limitées alors que le reste de la rate ne présente aucune autre trace d'ectasie lymphatique par ailleurs. Il serait donc possible de discuter une malformation d'origine congénitale strictement limitée. Mais l'on pourrait aussi se demander si on ne peut incriminer, ainsi que le voulait RENGGLI, une inclusion du revêtement péritonéal au cours du développement embryonnaire. Cette inclusion se produisant à une époque très précoce alors que les différents feuilletts commencent à peine à se distinguer et que l'ébauche splénique n'est encore représentée que par un épaississement de l'épithélium coelomique pourrait non seulement produire des petits kystes superficiels, mais également des grands kystes isolés intra-parenchymateux profonds.

En résumé, il est bien évident qu'il est à peu près impossible de conclure avec grandes chances de certitude qu'il s'agit à l'origine des kystes spléniques, d'un mécanisme plutôt que d'un autre ; cependant, il est fortement probable que l'on puisse retenir comme point de départ des kystes épithéliaux l'inclusion d'un germe épithélial dans l'ébauche splénique et comme point de départ des kystes endothéliaux une malformation congénitale, ectasie limitée des vaisseaux lymphatiques.

CONCLUSIONS

I. — Sur les grands kystes non parasitaires de la rate les divergences de vues sont très grandes ; et les multiples travaux qui leur ont été consacrés n'envisagent en général qu'un seul aspect de la question. De ce fait, trop souvent, les faits ne sont pas comparables entre eux.

II. — Les grands kystes non parasitaires de la rate sont relativement peu fréquents. Néanmoins, si l'on en croit diverses publications, leur nombre doit atteindre à ce jour environ 120 à 130 observations publiées.

III. — Une distinction majeure doit être établie. Il est indispensable de séparer : d'une part les FAUX KYSTES, d'autre part les VRAIS KYSTES.

IV. — Cette distinction doit reposer uniquement sur une base anatomique stricte : l'existence d'une paroi propre, clivable, dont la face interne est luisante, qui se moule sur les cloisons fibreuses du réticulum splénique qu'elle refoule sans les détruire. Cette paroi doit être considérée comme le critérium indispensable caractérisant les VRAIS KYSTES.

V. — Un revêtement cellulaire interne doit toujours être recherché : il existe fréquemment. Mais malheureusement, souvent, du fait de la tension, d'une hémorragie intra-kystique ou même simplement du fait des grandes dimensions de la cavité kystique, il peut disparaître. Cependant, pour le rechercher avec le maximum de chances de succès, il faut se diriger dans les régions les plus profondes de la paroi, vers les récessus multiples qui la dépriment au voisinage, au contact du moignon de rate restante.

VI. — Le type du revêtement cellulaire est différent suivant les cas ; et l'on peut décrire deux grandes variétés :

— kystes endothéliaux ; —

— kystes épithéliaux — parmi ces derniers, il est fréquent de pouvoir observer un épithélium épidermoïde, il est indispensable pour le constater avec précision d'utiliser des méthodes de coloration électives.

VII. — Les kystes non parasitaires de la rate sont une affection des sujets jeunes, un peu plus de 62 % des cas concernent des sujets de moins de 30 ans.

VIII. — L'allure clinique est souvent des plus variables. Aucune symptomatologie fonctionnelle ou générale n'est pathognomonique. C'est la constatation d'une tumeur de l'hypochondre gauche qui constitue, le plus souvent, le seul élément du tableau clinique.

IX. — La disparition fréquente du caractère nettement évocateur de la rate que constitue la constatation d'un bord antérieur tranchant et crénelé rend souvent le diagnostic de splénomégalie difficile. Les examens radiologiques sont souvent le seul moyen d'aboutir à ce résultat. Les tumeurs du rein, les tumeurs de la queue du pancréas constituent les deux diagnostics les plus difficiles à éliminer.

X. — L'absence de toute modification, de tout trouble de la formule hématologique et de la crase sanguine est le plus important des éléments différentiels de ces tumeurs parmi les autres splénomégalias. Cependant il est deux ordres d'affection qui constituent à notre avis les problèmes les plus délicats à résoudre : la maladie de Banti à son stade de début ; les tumeurs primitives de la rate, d'autre part.

XI. — Le seul traitement rationnel à leur appliquer est la splénectomie. Bien qu'il s'agisse de sujets jeunes, elle n'entraîne aucun trouble important ni du développement somatique ni de la fonction sanguine.

XII. — La pathogénie est encore impossible à préciser avec certitude. Des différentes hypothèses qui ont été proposées, on peut retenir :

La théorie de l'inclusion des germes de CONHEIM qui semble devoir être la seule retenue en ce qui concerne les kystes à revêtement épidermoïde.

La théorie de formations autochtones, à partir d'un élément quelconque du parenchyme splénique qui a été défendue par un certain nombre de partisans avec des arguments séduisants.

La théorie de la dilatation lymphatique que l'on ne peut absolument éliminer et qui semblerait même fort probable dans les cas de kystes à revêtement endothélial.

Vu :

LE DOYEN :
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
GRÉGOIRE.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALFEJEW. — Ueber multiple nicht parasitäre Cysten der Milz (*Virchows Archiv. für Path. Anat.*, 1923, t. CCXLIV, p. 45-48).
- ANDRAL. — Précis d'Anatomie pathologique. 1829, t. II, p. .
- BACELLI. — Cisti ematica della milza (*Il Policlinico. Sez. medica.*, 1897, n° 6).
- BAGINSKI. — Cystentumor der Milz (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1898, t. XXXV, p. 40).
- BARADULIN. — Milzcysten nicht parasitären Ursprungs (*Russ. Arc. f. Chir.*, 1906. An. in *Zentralblatt für Chir.*, 1908, XXXV, 243).
- BARDENHEUR. — Ueber Milzcysten (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1890, p. 801).
- BARONI. — Sur les kystes séreux de la rate et leur pathogénie (*Arch. Ital. di Anat. e Istol. patolog.*, 1931, t. II, p. 443-461).
- BAUKE. — Milztumordiagnose vermittels des neuen Contrastverfahren nach Radt (*Deutsche mediz. Woch.*, 1931, t. LVII, p. 1148-1149).
- BELOT et WOIMAN. — Estomac déplacé par une tumeur kystique de la rate (*Bull. et Mém. de la Soc. d'Electro-Radiol. de Paris*, 1911, t. III).
- BELLOT. — Kyste séro-hématique de la rate. Incision. Guérison (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 1924, t. L, p. 881. Rap. Basset).
- BENECKE. — Pathogénie des kystes de la rate (*XIII^e Cong. Intern. de Médec.*, Sect. Anat. Path., Paris, 1900, p. 317-323).
- BENTON. — Large cysts of the Spleen (*Journal of the American Medical Association*, 1932, t. XCIC, p. 1474).
- BIRCHER. — Ein Beitrag zur Chirurgie der nicht parasitären Milzcysten (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1908, t. XCII, p. 323-352).
- BLUM. — Opérations dans les affections de la rate (*Zentralblatt für Chirurgie*, 1931, t. LVIII, 11 juillet).
- BOGETTI. — Contributo clinico allo Studio dell'epato-splenografia (*Bolletino e Memorie della Societa Piemontese di Chirurgia*, juin 1932, p. 1547-1560).

- BÖTTCHER. — Ueber die Entwicklung von Milzcyten (cité par Bircher) (*Dorpatser Medizinische Zeitschrift*, 1870-71).
- BRANDBERG. — Contribution to the Knowledge of non parasitic Cysts of the Spleen (*Acta Chirurgica Scandinavica*, 1928, t. LXIII, p. 346-373).
- BRUNSWICK LE BIHAN. — Kystes métaclasiques de la rate (*Congrès de Chirurgie*, Paris, 1904).
- BUFALINI. — Rapports colon-rate dans le diagnostic des tumeurs de la rate (*La Clinica Chirurgica*, octobre 1926, t. II).
- CALLOUST. — Kystes hématiques de la rate (*Thèse Paris*, 1912).
- CAMUS. — Hématomes intra-spléniques et péri-spléniques consécutifs aux contusions et ruptures de la rate (*Thèse Paris*, 1905).
- CANALE. — Caso di cisti ematica della milza (*Rivista di Clinica Medica*, janvier 1936, t. XXXVIII).
- CHARPY. — Kyste de la rate (*Bulletins et Mémoires de la Société d'Electro-Radiologie Médicale de France*, mai 1938, t. XXVI).
- CHAVIER. — Kyste hématique de la rate (*Bulletin Médical*, 1902, t. XVI, p. 24).
- COENEN. — Ein Fall von Cystenmilz (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1910, t. XLVII, p. 1558).
- Ueber die Cystenbildungen der Niere, Leber, Milz und ihre Entstehung (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1911, t. XLVIII, p. 153).
- Ueber polycystische Milzdegeneration (*Brüns Beiträge zur klinischen Chirurgie*, 1910, t. LXX, p. 539-550).
- CONSTANTINESCU. — Kist hémorragic al splinei (*Spitalul*, novembre 1926, t. XLVI, p. 385-386).
- CONSTANTINESCU et ALEXANDRU. — Beitrag zur Studium der Blut-cysten der Milz (*Zentralblatt für Chirurgie*, 1937, t. LXIV, p. 2524-2526).
- COSTANTINI. — Pseudo-kyste hémorragique de la rate chez un paludéen (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1923, t. XLIX, p. 9-15).
- CREDE. — Cyste der Milz-Splenektomie (*Berliner Klinische Wochenschrift*, juin 1882, p. 407).
- Ueber die Exstirpation der kranken Milz an der Menschen (*Archiv. für klinische Chirurgie*, 1883, t. XXVIII, p. 401).
- DALINGER. — Ein Fall von Splenektomie mit günstigen Ausgang (Grosse Milzcyte) (*Zentralblatt für Chirurgie*, 1902, t. XXIX, p. 695, d'après *Medicinskoje Obosrenje*, décembre 1901).
- DARLING. — Non parasitic Cyst of the Spleen-Splenectomy (*Medical Record*, janvier 1911, t. LXXIX, p. 110).
- DELANNOY, DÉMAREZ, BÉDRINE. — Kyste calcifié de la rate (*Annales Médico-Chirurgicales*, décembre 1937, t. II, p. 269-274).

- DINAND. — Riesige epitheliale Solitarcyste der Milz (*Archiv. für klinische Chirurgie*, 1930, t. CLVIII, p. 485-500).
- DOBZANIECKI. — Kyste multiloculaire de la rate produit par des infarctus (*Annales of Surgery*, 1930, t. XCII, p. 67-76. An. in *Journal de Chirurgie*, t. XXXVI, p. 813).
- DONOVAN. — Kyste calcifié de l'épiploon gastro-splénique (*Archivos Argentinos de Enfermedades del Apparato digestivo y de la Nutricion*, 1934, avril, t. IX, p. 363-373).
- DOTTI. — Cisti siero-hématica della milza (*Clinica medica*, mai 1936, t. X, p.).
- DRIANCOURT. — Procédé opératoire des kystes de la rate (*Thèse Lyon*, 1902).
- ERRARD. — Kyste de la rate consécutif à un traumatisme ancien (*Bulletins et Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, 17 février 1937, t. LXIII, p. 188-189. Rapport de Moure).
- FINK. — Zur Kenntniss der Geschwulsten in der Milz (*Zeitschrift für Heilkunde*, 1885, t. VI, p. 399).
- Ein Fall von Milzresektion (*Zeitschrift für Heilkunde*, 1890, t. X, p. 353-365).
- FINKELSTEIN. — Kystes non parasitaires de la rate (*Roussky Chirourguitchewsky Archiv.*, 1909, t. XXV, p. 327-373. Analyse in *Journal de Chirurgie*, t. III, p. 209).
- FOSSLER. — Ein Beitrag zur Kasuistik der Milzcysten (*Archiv. für klinische Chirurgie*, 1914, t. CIV, p. 764-774).
- FOWLER. — Non parasitic cysts of the Spleen (*Surgery, Gynecology, Obstetrics*, août 1910, t. XI, p. 133-137. Analyse in *Journal de Chirurgie*, t. V, p. 462).
- Cysts of the Spleen (*Annals of Surgery*, 1913, t. LVII, p. 658-690).
- Surgery of cysts of the Spleen (*Annals of Surgery*, 1921, t. LXXIV, p. 20-36).
- Further study of cysts of the Spleen (*Annals of Surgery*, 1924, t. LXXX, p. 58-61).
- FRANK. — Unilocular cyst of the Spleen (*Annals of Surgery*, 1927, t. LXXXV, p. 360-367).
- FUMAGALLI. — Cisti calcificata del polo inferiore della milza. Rezione splenica (*Atti a memorie della Societa Lombarda di Chirurgia*, janvier 1934, t. II, p. 113-130).
- FUSS. — Ein Beitrag zur Frage der Milzcysten (*Brüns Beiträge zur klinischen Chirurgie*, 1935, t. CLXIII, p. 109).
- GATERSLEBEN. — Ein Beitrag zu den Milzcysten (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1928, t. CCXII, p. 139-149).
- GHETTI et MORESCHI. — Splenectomy per cisti sero-sanguigna della milza mobile (*Gazetta degli Ospedale*, 1896, p. 1257).

- GOSSELIN. — Non parasitic cysts of the Spleen (*The Journal of the American Medical Association*, 1924, t. LXXXII, p. 849-852).
- GUIMARAES PORTO. — Kysto seroso do Baço (*Brasil Medico*, 3 octobre 1931, t. XLV, p. 928-930).
- HEDINGER, cité par BIRCHER. — *Verh. der Deuts. Pathol. Gesell.*, 1906.
- HEINRICIUS. — Ueber die Cysten der Milz und ihre Behandlung, speciell durch Splenektomie (*Archiv für klinische Chirurgie*, 1904, t. LXXII, p. 138-171).
- HENSCHEN. — Chirurgie der Milz (VII^e Congrès de la Société Internationale de Chirurgie de Rome, 1926, vol. 1, p. 563).
- HERFARTH. — Beitrag zur Chirurgie der Milz (*Brüns Beiträge zur klinische Chirurgie*, 1923, t. CXXVIII, p. 284).
- HEURTAUX. — Kyste hématique de la rate (*Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris*, 1898, p. 928).
- HOWALD. — Pathogénese der grossen Milzcysten (*Frankfurter Zeitschrift für Pathologie*, 1926, t. XXXIII, p. 349).
- JENTZER. — Chirurgie de la rate (Splénectomie dans un cas de kyste non parasitaire (VIII^e Congrès de la Société Internationale de Chirurgie de Rome, 1926, vol. 2, p. 386).
- BEN JOHNSTON. — Non parasitic cyst of the Spleen. Report of a case (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, 1908, t. VI, p. 615).
- JORDAN. — Exstirpation der Milz (cit. BIRCHER) (*Mitteilungen aus den Grenzgebieten für Medizin und Chirurgie*, Band 11).
- KLIPELLE et LEFAS. — *Bulletin de la Soc. d'Anat. de Paris*, 1897, p. 419.
- KOPYLOFF. — Kyste de la rate d'origine non parasitaire (*Roussky Vrach.*, nov. 1911, t. X).
- KRAUSE. — Zur Kasuistik und Operation Behandlung der hémorragischen Milzcysten (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1920, t. CLX, p. 273).
- KREKLER. — Ueber Blutungscysten der Milz (*Virchows Archiv für path. Anat.*, 1929, t. CCLXXIV, p. 60).
- KUBANYI. — Aus einem 11 jährigen Kind entfernte 3 kg. schwere Milzcyste (*Zentralblatt für Chirurgie*, 1938, t. LXV, p. 1755-1757).
- KUMARIS. — Milzdermoïd und Wandermilz (*Archiv für klinische Chirurgie*, 1915, t. CVI, p. 699-705).
- KÜMMER. — Kyste de la rate (*Revue Médicale de la Suisse Romande*, 1911, t. XXXI, p. 653).
- Chirurgie de la rate (VII^e Congrès de la Société Internationale de Chirurgie de Rome, 1926, vol. 2, p. 412).

- KÜSTNER. — Zur aetiologie der grossen Milzcysten (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 1911, t. XLVIII, p. 1409-1410).
- LAMBERT. — Non parasitic cyst of the Spleen (*Annals of Surgery*, 1919, t. LXIX, p. 15-20).
- LANDELIUS. — Contribution à l'étude des kystes non parasitaires de la rate (*Nordisches Medizinisches Archiv*, 1908, t. XLI, p. 1-20. An. in *Journal de Chir.*, t. II, p. 97. An. in *Zent. f. Chir.*, 1909, t. XXXVI, p. 467).
- LASCIALFARE. — Contributo clinico allo studio delle cisti spleniche (*Il Policlinico*, sez. chir., 1907, t. XIV, p. 281-293).
- LEJARS. — Des kystes hématiques de la rate (*XIV^e Congrès de Chirurgie de Paris*, 1901).
- LEOTTA. — Chirurgia della Milza (*VII^e Congrès de la Société Internationale de Chirurgie de Rome*, 1926, vol. 1, p. 301).
- LEPOUTRE. — Kyste de la rate à parois crétacées (*Journal des Sciences Médicales de Lille*, 1925, t. XLIII, 1, p. 5-10).
- LEUDET. — Kyste séreux multiloculaire de la rate (*Bull. de la Soc. Anat. de Paris*, 1853, p. 12).
- LÉVY. — Zur operation grosser Milztumoren (*Archiv für klinische Chirurgie*, 1932, t. CLXX, p. 188-198).
- LINDQVIST. — Un cas de lymphangiome de la rate, Splénectomie. Guérison (*Acta Chirurgica Scandinavica*, 1937, t. LXXIX, p. 436-445).
- LIVOIS. — Gros kyste séro-sanguin de la rate (*Bull. de la Soc. d'Anat. de Paris*, 1838, p. 289).
- LOMBARD. — Note sur un procédé de splénectomie sous-capsulaire (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1921, p. 827. Rapp. Lenormant).
- LOMBARD et DUBOCHER. — Les hématomes enkystés de la rate (*Journal de Chirurgie*, 1932, t. XX, p. 464).
- LUBARSCH in HENKE et LUBARSCH. — *Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie* (Berlin, 1926, t. I, p. 718-728).
- MARCANO et FÉRÉAL. — Note pour servir à l'étude des kystes de la rate (*Progrès Médical*, 1874, p. 262).
- MARCHIS (F. de). — Sulle cisti ematiche della milza (*Gazetta degli Ospedali*, 1908, t. XXIX, p. 301-306).
- MATTEI. — Di un caso di cisti sierosa della milza (cit. BIRCHER) (*Lo Sperimentale*, 1885).
- MONDRÉ. — Ueber echte Cysten der Milz (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 1926, t. L, p. 2111-2113).
- MONNIER. — Zur Kazuistik dermilzcysten (*Brüns Beiträge zur klinische Chirurgie*, 1904, t. XLI, p. 181-197).
- MONTGOMERY, MAC ENERY, FRANK. — Epidermoid cysts of the Spleen (*Annals of Surgery*, 1938, t. CVIII, p. 877).

- MOYNIHAN BERKELEY. — Cysts of the Spleen (*Surgery, Gynecology, Obstetrics*, 1925, t. XL, p. 778-782).
- MUSSER (John). — Cysts of the Spleen (*The American Journal of the medical Sciences*, 1911, t. CXLII, p. 501).
- NAVRATIL. — Neparasitarni cysty sleziny (*Bratislava Lekarska Listy*, 1935, t. XV, p. 1223-1236).
- NEKLUDOW et NEKLUDOVA. — Ein Fall von transponierte Milz-cyste (*Zentralblatt für Chirurgie*, 1928, t. LV, p. 3083-3085).
- NOVAK. — Large, single non parasitic cysts of the Spleen (*Surgery, Gynecology, Obstetrics*, 1927, t. XLV, p. 586-589).
- ORLOFF. — Kyste de la rate d'origine non parasitaire (*Chirurgia*, 1910, t. XXVII, p. 475-478. An. in *Journal de Chir.*, t. V, p. 216).
- OSTRO et MAKOVER. — Non parasitic Cyst of the Spleen — with special reference to roentgenological aid in diagnosis (*American Journal of Roentgenology*, 1937, t. XXXVII, p. 782-785).
- PAGE. — Unilocular Cyst of the Spleen (*Proceedings of the Royal Society of Medicine*, sect. Surgery, février 1930, t. XXIII).
- PAPAYOANNOU. — Chirurgie de la rate (VII^e Congrès de la Société Internationale de Chirurgie de Rome, 1926).
- PATEL. — Chirurgie de la rate (VII^e Congrès de la Société Internationale de Chirurgie de Rome, 1926, vol. 1, p. 261).
- PECK. — Kyste tuberculeux de la rate (cit. FOWLER) (*Surgery, Gynecology, Obstetrics*, 1924, t. XXXIX).
- PELLIER. — Note sur la transformation de la rate en kystes hématiques (*Bulletins de la Société de Biologie de Paris*, 1892).
- PÉPÈRE. — Sur l'origine des kystes séreux multiples de la rate (*Il Policlinico*, Sez. pratica, 1912, t. XIX, f. 27, 30 juin, Sez. medica, 1912, t. XIX, f. 9, 1^{er} septembre).
- POHLE. — Ueber Milzcysten (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1929, t. CCXXI, p. 211-222).
- POTEREL-MAISONNEUVE. — Des kystes séreux de la rate (*Thèse de Bordeaux*, 1898).
- POWERS. — Non parasitic cysts of the Spleen (*Annals of Surgery*, 1906, t. XLIII, p. 48).
- PRIBRAM. — Ueber nicht parasitär Milzcysten und deren Bedeutung in der Gynäkologie (*Monatschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie*, 1929, t. LVII, p. 164).
- PRYSKALOVA. — Un cas de kyste de la rate (*Praktitshevsky Vrach*, 1911, t. X, p. 120).
- RAMDOHR. — Ueber Milzcysten und ihre Beziehungen zu Rupturen der Milzkapsel (*Virchows Archiv für Path. Anat.*, 1901, t. CLXIV, p. 32).

- REIMANN. — Ueber Milzcysten (*Thèse Leipzig*, 1901).
- RENGGLI. — Ueber multiple Milzcysten (*Thèse Zürich*, 1894).
- RICHER. — Kyste à cholestérine de la rate (*Soc. de Chir. de Lyon*, 10 mars 1927, Rapp. Patel, *Lyon Chirurgical*, 1927, t. XXIV, p. 542-544).
- ROUX DE BRIGNOLLES. — Kystes hématiques de la rate (*Marseille Médical*, 1912, t. XLIX, p. 781).
- ROYSTER. — Three cases of non parasitic Cysts of the Spleen (*Medical Record*, 1911, t. LXXX, p. 267-269).
- ROZANOW. — Zur Kazuistik der nichtparasitären Milzcysten (*Zentral Organ für Chirurgie*, 1930, t. LI, p. 166. An. par Reinberg d'après *Z. Sovrem Chir.*, 1929, t. IV, p. 1742-1746).
- SANDERS. — A case of large, single (non parasitic) Cyst of the Spleen (*The British Journal of Surgery*, 1928, t. XVI, p. 158-169).
- SANTY. — Splénectomie pour kyste vrai de la rate chez un enfant (*Société de Chirurgie de Lyon*, 12 décembre 1929).
- SCHALITA. — Ueber exstirpation der Milz (*Archiv für klinische Chirurgie*, 1895, t. XLIX, p. 629).
- SCHMIDT. — Ueber Milzcysten und Milzgewebshernien (*Virchows Archiv für Path. Anat.*, 1901, t. CLXIV, p. 50).
- SCHNEIDER. — Eine splenomegalische Epidermoïdzyste (XXIV Tagung der Deutschen pathologischen Gesellschaft, *Zentralblatt für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie*, 1929, t. XLV, p. 411).
- SCOTSON. — Calcified Cyst of the Spleen (*The British Medical Journal*, 1933, t. I, p. 367).
- SEGELMANN. — Zur Frage über nicht parasitären Milzcysten (*Zentral Organ für Chirurgie*, 1931, t. LIV, p. 300. An. par Petrov, d'après *Vestn. Chir.*, 1930, t. XXI, p. 118-131).
- RAMOND. — Tumeur de l'hypochondre gauche (*Presse Médicale*, 1934, t. XLII, p. 75-76).
- SEHMISCH. — Blutcyste der Milz nach Malaria (*Zentralblatt für Chirurgie*, 1932, t. LIX, p. 2522-2526).
- SEVERIN (Heinrich). — Ein Beitrag zur Kazuistik der nicht parasitären Milzcysten (*Thèse Bonn*, 1922).
- SHAWAN. — Epidermoïd Cysts of the Spleen (*Archives of Surgery*, 1933, t. XXVII, p. 63-74).
- Calcified Cyst of the Spleen (*Annals of Surgery*, 1937, t. CVI, p. 469-474).
- SOLIERI (Sante). — Ueber Blutcysten der Milz (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1910, t. CVI, p. 594-610).
- Sur les kystes séro-sanguins de la rate (*Il Policlino, Sez. chir.*, 1910, t. XVII, f. 2, p. 482-494, An. in *Journal de Chirurgie*, t. VII, p. 102).

- SPANNAUS. — Fistulöser Milzcyste (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1911, t. XLVIII, p. 248).
- SUAREZ et ETCHEVERRY. — Kyste dermoïde du hile de la rate (*Archivos Argentinos de Enfermedades del Apparato digestivo y de la Nutricion*, déc. 1937-janv. 1938, t. XII).
- SUBBOTIC. — Beiträge zur Pathologie und chirurgischen Therapie einiger Erkrankungen der Milz (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1900, t. LIV).
- SUCHANEK. — Ein Beitrag zur Kasuistik der Milzcysten (*Archiv für klinische Chirurgie*, 1912, t. XCVIII, Bd. 1, p. 209-220).
- SUIDONI. — Les kystes séreux de la rate (*Il Morgagni*, 1933, t. LXXV).
- TERRIER. — Kyste séro-sanguin de la rate (*Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris*, 1892, p. 661).
- Kyste séro-sanguin de la rate (*Semaine Médicale*, 1892).
- TILTON. — Non parasitic Cysts of the Spleen (*American Journal of Surgery*, 1932, t. XVI, p. 250-252).
- TYRMOS. — Cas de kyste non parasitaire de la rate (*Chirurgia*, 1910, t. XXVII).
- USADEL. — Deux grands kystes spléniques opérés (*Zentralblatt für Chirurgie*, 1938, t. LXV, p. 30).
- VANVERTS. — De la splénectomie (*Thèse Paris*, 1897).
- VIRCHOW. — Cholesterin cysten der Milz und der Oberbauchgegend (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1898, p. 67).
- WELLS (Spencer). — Splénectomie pour kyste séro-sanguin (*British Medical Journal*, 1889, t. II, p. 55).
- WEBER et SCHLÜTER. — Ueber eine grosse nicht parasitäre, unilokuläre Milzcyste. Ein Beitrag zur Kasuistik der Milzcysten (*Virchows Archiv für Path. Anat.*, 1933, t. CCXC, p. 71-74).
- P. E. WEILL, ROUX-BERGER et SCAMAMA. — Les kystes épithéliaux de la rate (*Le Sang*, 1936, t. X, p. 929-940).
- WELTI. — Multiple Zysten der Milz (*Thèse Zürich*, 1901).
- WOHLWILL. — Zur Genese der multiplen Milzcysten (*Virchows Archiv für Path. Anat.*, 1908, t. CXCIV, p. 306-320).
- ZIEGELWALLNER. — Ueber multiple seröse Zysten der Milz (*Thèse München*, 1907).

